

AllmänMedicin

TIDSKRIFT FÖR SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEICIN

NUMMER 1 2014 ÅRGÅNG 35



Temat: Mångkultur, psykiatri, neurologi, endokrinologi

Migration och vård på lika villkor för invandrare i Sverige sid 14

Balintgrupp – från frustration till förståelse sid 31

- 2 Perspektiv
Karin Träff Nordström
- 2 Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2014
- 3 Chefredaktörens rader
Ingrid Eckerman
- 3 Ersättningsystemen under luppen!
Styrelsen
- 5 SFAM informerar
- 5 Styrelsens svar till...
Ulf Österstad, Kenneth Widäng
- 6 Till Dig som är ST-läkare
Ulf Österstad
- 8 Bara åldringar
Björn Olsson, Anders Lindman
- 9 Rätt vårdnivå?
Sven Svederberg
- 10 Att arbeta med levnadsvanor
– mer än att skriva recept på fysisk aktivitet
Mette Barth
- 12 Är det farligt att äta påskägg?
Uffe Ravnskov
- 14 Migration och vård på lika villkor för invandrare i Sverige
Eivor Wiking
- 17 Patienter med utländsk bakgrund
Jens Wiethøge, Nada Hikmat
- 19 Diabetes och dess riskfaktorer hos turkiska invandrare i Sverige
Kristin Hjörleifsdóttir Steiner
- 22 Kulturellt anpassad diabetesvård
– en utmaning för oss vårdgivare
Louise Bennet
- 23 Att äta ägg – en mångkulturell gärning
Ingrid Eckerman
- 25 Depression hos äldre på vårdcentral
Maria Magnil, Cecilia Björkelund
- 28 Uppmaning till mina vuxna döttrar
Torsten Green-Petersen
- 29 Vården på väggen
Boris Ersson
- 31 Balintgrupp – från frustration till förståelse
Tina Nyström Rönnås
- 33 Med Balint i västerled och österled
Björn Landström
- 35 Allmänmedicin vid Göteborgs universitet
Cecilia Björkelund
- 39 Hallå där Ylva Johansson...
Gösta Eliasson
- 40 Vad är det fantastiska med att jobba i glesbygd?
Carola Alm-Niemi
- 42 Lipus övertar SPUR-inspektionerna
Gösta Eliasson
- 43 Hur upplever vårdcentralen SPUR-inspektionen?
Erlend Svensson
- 44 Nytt hälsobibliotek kan underlätta inför kliniska beslut
Gösta Eliasson
- 46 Nordisk konferens gav påfyllning
Lars Englund
- 48 Skånsk allmänläkardag 2013
Marie-Louise Remnéus
- 51 Hur ser den nya generationen specialister på framtiden?
Ingrid Eckerman
- 52 Dagens Medicin blir kursgivare
Gösta Eliasson
- 53 Studieresa till Kroatien
Hanne Carlsson
- 54 Rapport från EGPRN 2013
Hans Thulesius
- 56 SFAM gratulerar
- 57 En praktisk bok
Petra Widerkrantz
- 58 Att leva med sin osäkerhet
Jonas Hamfors
- 59 Att besöka sitt föränderliga minne
Maria Randjelovic
- 60 Kultur-spalten: Allmänmedicinska tankar från landet down under
Therese Nilsen Orrhult
- 63 SFAM informerar, kalendarium
SFAMs råd och nätverk, Kontaktpersoner

■ SFAM informerar ■ Debatt ■ Temaartiklar ■ Utbildning Et Fortbildning



Omslagsbild – Fågeln blick

Under årens lopp har jag ägnat mig åt det mesta som hänger samman med fåglar. Inventeringar, ringmärkning, föreningsarbete med mera. Häromåret köpte jag så en begagnad digital fotoutrustning och fastnade för kamerans blick. Eller egentligen fågelns naturligtvis. Så nu söker jag bland tångvallar och skogsbyn efter att gestalta det jag inte kan beskriva med fulmiga ord och tafatta uttryck. Det är då bara du som kan värdera eller bedöma i vilken utsträckning jag lyckas.

Min ambition är varken att fotografera så många olika eller så ovanliga fåglar som möjligt. Mer en upptäcktsfärd på jakt efter ögat och blicken. Fågeln blick möjligen. Eller bakom detta kanhända min egen... eller möjligen din...

Torsten Green-Petersen, Visby
tgp@telia.com,

Perspektiv

När du får denna tidning i din hand är vi redan ett par månader in på det nya året. Ett våår som kommer att innebära förändringar, små eller stora, inom landets hälso- och sjukvård. Det är redan hög tid att via lokalföreningen ta kontakt med politiker och tjänstemän i ditt landsting för att föra en dialog inför valet och inför 2015. SFAM:s styrelse jobbar och lobbyar nationellt, bland annat tillsammans med Socialdepartementet i den fyraåriga kronikersatsning som inleds i år.

"Vi gör det vi kan med det vi har."

Samarbete är nödvändigt för utveckling. Samarbete mellan yrkeskategorier på vårdcentralen och mellan våra yrkesföreningar. Samarbete mellan primärvård, specialistvård, sjukhus och kommunal hälso- och sjukvård. Samarbete mellan medicinsk profession, ekonomer och politiker. Samarbete mellan vetenskap och erfarenhetsbaserad praktik. Samarbete mellan profession och patientföreningar. Samarbete med våra patienter i mötena på mottagningen.



Idag är det Trettondag jul och mina två veckors vistelse i Gambia når snart sitt slut. Välbehörlig vila, gemenskap med svenska och gambiska vänner, sol och värme har blandats med resor och möten med nya människor – i glädje och sorg, fest och vardag.

Jag vill avsluta med denna betraktelse:
En gårdsplan i Bakau. Dagen har varit het. Barnen leker. De börjar bli hungriga

och trötta. Skymningen faller. Kvinnorna förbereder middagen. Ris och fisk. Leenden. "Vi gör det vi kan med det vi har."

Hälsocentralen i Besse har nu vatten efter nästan tre år utan. En barnmorska och en sjuksköterska hade nästan tre tusen besök och sexton förlossningar i november. Medicinen har tagit slut. Leenden. "Vi gör det vi kan med det vi har."

Sjukhuset i Banjul. Intensivvårdsavdelning med åtta platser. Två övervakningsutrustningar fungerar. Tre syrgasflaskor. Två patienter i vissa sängar. Leenden. "Vi gör det vi kan med det vi har."

Det lilla sjukhuset i Medina saknar elektricitet. Förlossningar efter mörkrets inbrott sker i sken av stearinljus eller ficklampa. Leenden. "Vi gör det vi kan med det vi har."



Karin Träff Nordström
ordförande SFAM
ktn@sfam.se

Kallelse till SFAM:s fullmäktigemöte 2014

Medlemmarna i Svensk förening för allmänmedicin kallas härmed till fullmäktigemöte i anslutning till Svensk allmänmedicinsk kongress i Västerås den **14-16 maj 2014**.

Plats: Aros Congress Center, Mungatan 7 i Västerås.
Tid: onsdagen den 14 maj 2014, kl 15.00-17.30.

Motioner till fullmäktigemötet ska vara kansliet tillhanda senast 14 mars.

Föreningens fullmäktige väljs av lokalföreningarna. 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.

Valberedningens förslag kommer att skickas till lokalföreningarnas ordförande samt till fullmäktige. Verksamhetsberättelsen samt dagordning för fullmäktigemötet finns att läsa på SFAM:s hemsida (www.sfam.se) från den 14 april.

Välkommen!

Karin Träff Nordström, Ordförande

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNMEDICIN

Chefredaktörens rader

Med detta nummer har jag slutfört två årgångar av AllmänMedicin. Det har varit en spännande resa som fortfarande pågår.

Utmaningarna var flera. Utan att vara professionell skulle jag göra en tidning som lockar fler läsare och därmed också fler medlemmar. När det stod klart att det var lättare att få material än jag fruktat var det dags att titta på utformningen. Tillsammans med min fantastiska redaktion och våra sättnare har vi format en tidning där många artiklar ligger samlade gruppvis under olika färger: SFAM informerar, debatt, tema, lärande. Bilder och layout lättar upp texten.

Själv tycker jag tidningen blivit roligare att titta i. Den är fylld med intressant material, och det tackar jag er läsare och övriga skribenter för.

När detta skrivs i januari står jag inför nästa steg: att digitalisera delar av tidningen. Den nya hemsidan ger helt nya möjligheter. Pressläggningen blir nära noll. Personnytt och debattinlägg lämpar sig att snabbt lägga ut. Artiklar som är ofullständiga i tidningen (t.ex. förkortad referenslista) kan läggas ut i sin helhet. Denna resa är bara påbörjad och är inte slutförd förrän papperstidningen inom en ovisst framtid är nerlagd.

Statens nedrustning av register

Två av de vetenskapliga artiklarna i detta nummer bygger på SCB:s regelbundet återkommande undersökningar om levnadsvanor (ULF och "invandrar-ULF"). Denna internationellt unika möjlighet kommer kanske inte att finnas i framtiden. De anpassningar som från 2006 gjorts till EU:s undersökningar, tillsammans med minskat antal frågor och övergång från besök till telefonsamtal, har kraftigt försämrat användbarheten i materialet. Ett stort antal forskare inom bl.a. folkhälsovetenskap och allmänmedicin har protesterat mot detta [1]. I skrivande stund ser de inte ut att ha framgång.

I denna tid, då politiker och beslutsfattare skriker efter patientrelaterade register, känns det egendomligt att befolkningens hälsa inte ägnas större intresse.

Referens

1. Systemet har varit vårt minne över utveckling och förändring av levnadsförhållanden. Sydsvenskan 2.12.2013. <http://www.sydsvenskan.se/opinion/aktuella-fragor/systemet-har-varit-vart-minne-over-utveckling-och-forandring-av-levnadsforhalla/>



Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se

Kenneths fundering

”Förra gången jag var med i SFAM:s styrelse satt jag tillsammans med i tur och ordning professorerna Gösta Tibblin, Bengt Scherstén och Calle Bengtsson. Vem blir den fjärde professorn?”

Kenneth Widäng
Facklig sekreterare
kenneth.widang@sfam.se

Rättelse

Det saknades författarpresentation till Martin Wehlous artikel i AM 4/2013, sidan 39-40: Journalerna. Så mycket som är fel. Redaktionen ber om ursäkt för det. Så här skulle det stå:

Martin Wehlou är läkare och certifierad i IT-säkerhet (CISSP) och software development metodologi (CSDP). Han har utvecklat tillämpningar för värden i många år samt arbetat som läkare i primärvården både i Belgien och Sverige.

Ersättningsystemen under luppen!



Vid fullmäktige 2013 fick styrelsen i uppdrag att ta fram ett policydokument om målrelaterade ersättningar.

Styrelsen har därför startat en process för att försöka få fram den kunskap som finns både inom och utanför SFAM. SFAM-Q fick i uppdrag att ta fram bakgrundsmaterial. Forskaren Soki Choi vid Karolinska institutet bjöds in till ett styrelsemöte. En enkät har sänts till råd och lokalföreningar. Rådsordförande var inbjudna till styrelseinternatet i januari.

Arbetet kommer att presenteras på fullmäktigemötet och kongressen i maj. Till dess: följ arbetet på www.sfam.se! Där finns också länkar till dokument och filmer för den som vill sätta sig in i ämnet.

Styrelsen

Svensk Allmänmedicinsk Kongress Kommunikation och Kompetens

14–16 maj, Aros Kongress, Västerås



Välkommen till Svensk Allmänmedicinsk Kongress i Västerås 14–16 maj!

SFAM Västmanland bjuder in till Aros Congress Center för SFAM:s årliga kongress. Temat är **"Kommunikation och Kompetens"**.

Vi drar igång med ett fullmatat program **redan kl. 10 onsdagen den 14 maj!** Inriktningen är kunskap och "hands-on".

Den officiella invigningen äger rum **onsdag kl 13:00**, följt av ett inledningsanförande av författaren och journalisten Göran Rosenberg.

Torsdagen och fredagen innehåller föreläsningar, workshops och seminarier kring årets

tema Kommunikation och Kompetens.

Konsert och mingel blir det på onsdagskvällen. Galakväll med underhållning på hög nivå och examensceremoni sker på torsdagskvällen.

För program, information och anmälan: <http://kongress.sfam.se>

Facebook-sida för fortlöpande information: [facebook.com/SFAMKongress2014](https://www.facebook.com/SFAMKongress2014)

*SFAM Västmanland
genom Marie Sundt, ordförande*

Annons 12 – Menopur

Upprop Nätverk för Balint- intresserade och Balint-aktiva

Leder du en balintgrupp eller är du med i en? Vi vill skapa en förteckning över aktiva grupper för att kunna förmedla kontakt för dem som vill börja i eller starta en balintgrupp.

Hör av dig till oss!

Tina Nyström Rönnås

tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se

Dorte Kjeldmand – kjeldmand@gmail.com

Balintrepresentanter i SFAM. Se artiklar på sid 31 och 33.



Upprop Nätverk för transkulturell allmänmedicin

Vi är några intresserade allmänläkare som vill återuppliva SFAMs nätverk för transkulturell allmänmedicin för utbyte och diskussion.

Vill du vara med?

Hör av dig till Jens Wiethege

jens.wiethege@lio.se

Styrelsens svar till...

Karin Lindhagen och Petra Widerkrantz i AllmänMedicin 4/2013

Bästa Karin och Petra!

Problemet med gapet mellan intäkter och utgifter är inte taget ur luften. Vi tittade framåt och fick inte ihop ekvationen. Att inte uppmärksamma det hade varit direkt oansvarigt.

Vi måste öka andelen allmänläkare som är medlemmar trots att nästan alla föreningar backar i medlemsantal. Fler medlemmar krävs både för vår legitimitet att tala för allmänläkarna och för att ha resurser så att vi kan höras.

Orsakerna till det sjunkande medlemsantalet är intressant att analysera, men att något måste ske för att vända trenden står tydligt oavsett tolkning. Det är styrelsens uppdrag att tänka långsiktigt för allmänmedicinens och föreningens bästa. Det har vi gjort när vi formulerade strategin som presenterades på fullmäktige. Vi beskrev konsekvenserna av att göra något och av att inte göra något.

Styrelsen delar Petras uppfattning att introduktionen behöver bli bättre. Vi tror att utbildningsatsningen för ST bidrar, och vi har en ny introduktionsbroschyr klar. Vi vänder oss till studierektorsnätverket för att få hjälp att hitta ST-läkarna.

Anmälningfunktionen inser vi är viktig och vi hoppas att det fungerar bättre på den nya hemsidan. Förslagen om fler utskick får vägas mot de andra arbetsuppgifter styrelse och kansli har. Vi lever med den ekonomi och med den tillgång till ideellt arbete som engagerade medlemmar utför.

Styrelsens önskan är att alla medlemmar känner att det är deras förening samtidigt som alla de som idag inte är medlemmar också skulle känna det. Majoriteten av allmänläkarna är inte medlemmar i SFAM. Det är utmaningen. Med väldigt få ST-läkare som medlemmar valde fullmäktige att låta styrelsen gå vidare med utbildningsprenumerationen för ST-läkare.

I maj fick vi klartecken av fullmäktige att ta ett litet språng.

Vi har tagit sats och är mitt i hoppet. Alla jublade inte, men så är det i en demokrati. När vi nu är mitt i hoppet skulle lite glada tillrop uppskattas. Vi är i samma lag! När vi har landat får vi tillsammans i föreningen fundera på nästa steg. Hittills har antalet ST-läkare ökat med en tredjedel bara på löftet om vad vi planerar. Låt oss hoppas att det fortsätter.

Det låter som att fullmäktige kan bli spännande och konstruktivt i år. Låt oss göra förändringar så att fler allmänläkare och ST-läkare känner att SFAM är deras förening!



Ulf Österstad

vice ordförande

ulf.osterstad@sfam.se



Kenneth Widäng

facklig sekreterare

kenneth.widang@sfam.se

Till Dig som är ST-läkare

Vi hoppas att du ser ett medlemskap i SFAM som att ha en god vän. Oavsett vilka val du gör så finns SFAM där för dig på din allmänmedicinska resa.

Nu anstränger vi oss för att ge dig ännu mer kunskap och inspiration – för att skapa mer nytta för alla. Dessutom sänker vi medlemsavgiften ytterligare för dig som är ST-läkare.

Du som valt allmänmedicin som specialitet ska känna att SFAM är din förening. År 2014 satsar vi rejält på förbättrade möjligheter till utbildning, fortbildning och utveckling för våra medlemmar. Det starka kollegiala nätverket och tidskriften AllmänMedicin utgör basen i medlemskapet.

Fler fördelar och sänkt avgift

SFAMs utbildningsprenumeration för ST-läkare ger kraftfulla rabatter på Mitt-i-ST, specialistexamen, utbildningar, kongresser, facklitteratur och webbaserade söktjänster.

Endast du som är medlem i SFAM har möjlighet att teckna prenumerationen. Ditt medlemskap innebär nu fler verkligt stora fördelar för både dig och din arbetsgivare.

Medlemsavgiften för ST-läkare sänks till 500 kr per år. Utbildningsprenumerationen kostar 1 000 kr per år och kan betalas av din arbetsgivare. Det betyder att du betalar mindre men får mer.

Utbildningsprenumeration 2014

	Rabatterat pris	Ordinarie pris
allmänmedicin.se	995	2 395
Medibas (ST-läkarpriser)	650	1 600
Mitt-i-ST	11 250	12 500
Svensk allmänmedicinsk kongress	4 500	5 600
Specialistexamen	11 250	12 500
SFAM:s ST-dagar	rabatt = 1 100 kr	olika

40-50 % rabatt på utvalda titlar från Studentlitteratur

Inloggning till fortbildningsdelen på sfam.se

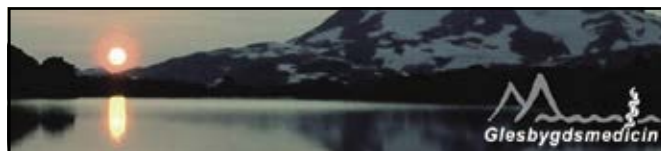
Rabatterade kursavgifter (under förhandling)

Tack för att du är med i SFAM och gör skillnad! Ett högt medlemsantal ger SFAM legitimitet och möjlighet att vara en betydelsefull röst och samtalspartner i utvecklingen av sjukvården i Sverige.

Nu lönar sig ditt medlemskap mer, sådär i största allmänhet.

Ulf Österstad, Vice ordförande
ulf.osterstad@sfam.se

Aktivera din utbildningsprenumeration på
www.sfam.se!



Glesbygdsmedicin

- ett sätt att jobba
- ett sätt att vara
- ett sätt att leva

Svensk Förening för Glesbygdsmedicin inbjuder till

14:e nationella konferensen
i Glesbygdsmedicin

9-10 april 2014

på anrika Järvsöbaden,
Järvsö i Hälsingland

För vidare information och anmälan
läs vidare på vår hemsida

www.glesbygdsmedicin.info



Annons 1

Divisun



Bara åldringar

Det vikande antalet medlemmar i SFAM är oroväckande. SFAM behöver tillräckligt många medlemmar av flera anledningar. Att med kraft kunna företräda allmänläkarna i vetenskapliga sammanhang och att vara ett forum för utveckling av allmänmedicin är bland de viktigaste. När nu fyrtiotalisterna går i pension och det snart är dags för femtiotalisterna är det nödvändigt att attrahera de unga och blivande allmänläkarna. Men hur ska det gå till? Vilken roll kan vi äldre spela?

Vi började vår bana innan allmänmedicin var en etablerad egen specialitet. Inom den grundläggande läkarutbildningen på de akademiska lärosätena hade allmänmedicinen ingen position alls. Det var sällsynt att man hade äldre kollegor att luta sig emot i det kliniska arbetet; inte sällan började man vikariera innan man gått grundutbildningen färdig. Inte desto mindre var de äldre kollegor som engagerade sig mycket uppskattade och gjorde viktiga insatser för allmänmedicinens utveckling. Men allt som oftast drog de sig tillbaka när de uppnått pensionsåldern. Det var kanske inte enbart av ondo, vi yngre kämpade med att formulera vår allmänmedicinska ideologi. Ibland stod den i kontrast mot äldre kollegors. Kanske var det vårt ideologiska engagemang som gav oss kraft att driva allmänmedicin framåt och som fick oss att orka med den tunga kliniska vardagen? Hade den kraften varit mindre om vi haft en etablerad allmänmedicin med ett flertal äldre kollegor att luta oss emot?

Det är svårt för nya plantor att växa upp i skuggan av stora träd. Har vår vilja att stötta allmänmedicin och yngre kollegor blivit kontraproduktiv? Är vår vilja att fortsätta att ta plats på arenan ett sätt att tillfredsställa oss själva på bekostnad av att släppa fram yngre? Hur kan vi äldre bidra till allmänmedicinen med vår erfarenhet och kompetens?

"Det är svårt för nya plantor att växa upp i skuggan av stora träd."

Pensionsåldern förskjuts uppåt, många 65+ fortsätter att vara yrkesverksamma och även vi äldre har en plats i SFAM. Men

vi blir fundersamma när vi i Läkarmatrikeln finner att medelåldern för kontaktpersonerna för SFAM:s råd och nätverk närmar sig 65 år (äldst 70, yngst 54, median 64).

Vi tror att i en förening som så uttalat domineras av äldre kollegor som SFAM av idag kan det vara svårt för yngre krafter att ta plats och formulera sig på ett hörbart sätt. Det finns en stor risk att SFAM kommer att uppfattas som ett gubb- och gummvälde där värderingarna präglas av allmänläkare som skapade sin vision för den framtida allmänmedicinen för mer än 30 år sedan. Framtidens allmänmedicin måste utvecklas för och av de allmänmedicinare som skall vara verksamma under de närmaste 2–3 decennierna, inte av dem som har största delen av sitt yrkesverksamma liv bakom sig.

Vi är övertygade om att det finns många yngre allmänläkare som har det inneboende engagemang för yrkets utveckling som krävs. Vi är också övertygade om att de äldre allmänmedicinare som idag dominerar SFAM:s råd och arbetsgrupper drivs av ett starkt engagemang, men vi tror tyvärr också att de utgör ett hinder för yngre krafter att komma fram.

Skall SFAM fortsätta att vara den kraft som utvecklar allmänmedicinen behövs ett tydligt generationsskifte i ledningen för organisationen. Därför behöver den äldre generationen träda tillbaka och ge plats för yngre krafter att ta vid!

Björn Olsson

tidigare ordförande i SFAM
bjornolsson.lulea@gmail.com



Anders Lindman

tidigare ordförande i SFAM-Q
anderslindman@gmail.com



Skriv i AllmänMedicin!

Skynda dig att skriva för nummer 2! Manusstopp är 30 mars. Meddela gärna chefredaktor@sfam att material är på väg! Vill du hålla dig till temat är det "Vid livets slut". Till höstnumret vill vi ha materialet före sommaren. Temat är etik. Tänk fritt!



Rätt vårdnivå?

För ganska snart 30 år gick min ledarutbildning och lärde känna klinikcheferna och överläkarna på sjukhuset på ett mer jämlikt plan. Ett projekt jag hade var att gå igenom 100 journaler på polikliniska patienter på sjukhuset. Frågan var hur många av patienterna som remitterades runt till andra kliniker. Det visade sig inte vara så många utan det låg på 5-procentsnivån.

Så långt var allt gott och väl. Men när jag tittade igenom journalerna började jag fundera på hur många av de studerade patienterna som egentligen behövde sjukhusets resurser. Efter som detta var en ny frågeställning som jag inte hade löfte om att studera fick jag lov att återkomma.

Inte långt efteråt gick jag upp till chefen för för x-kliniken på det närbelägna sjukhuset som var särskilt intresserad av z-patienter och lämnade följande erbjudande: ”Jag skulle vilja gå igenom dina z-patienter för att se hur stor del av dem som behöver x-klinikens resurser för sin behandling. Jag kommer att göra detta utan kostnad för dig.”

Svaret blev: ”Inte över min döda kropp”. Ett svar lika tydligt som någon undersökning.

En privatpraktiserande ortoped hade etablerat sig i Ängelholm. Han skickade ut ett brev till alla familjeläkare i distriktet för att informera om att han fanns. Han skrev att han gärna opererar nageltrång, lipom (fettknutor) och neavus (födelsemärken). Konstigt, tänkte jag, för dessa kirurgiska ingrepp har jag alltid gjort själv.



Ven.

Foto: Sven Svederberg



Ven.

Foto: Sven Svederberg

Ju mer jag tänkte på detta brev ju surare blev jag. När jag skickar en patient till en ortoped vill jag att han ska vara ortopediskt kompetent och inte ägnat sig åt saker som riskerar att urholka hans ortopediska kunskaper. När jag går bet på ett ortopedfall vill jag för patientens skull vara säker på att han är genuint ortopediskt skolad och tränad. I annat fall blir konsultationen av mindre värde.

För övrigt undersökte jag samhällskostnaden och patientavgiften för dessa tre ingrepp. Om ortopeden skulle göra dessa tre ingrepp blev kostnaden (för drygt 10 år sedan) 6500 kr. Om patienten fått dessa ingrepp gjorda hos sin familjeläkare skulle kostnaden begränsats till mellan 2000 och 2500 kr.

”Inte över min döda kropp”

Besöken på sjukhusmottagningar och hos privatpraktiserande specialister kostar mera än ett besök hos en familjeläkare. Om familjeläkaren får göra behandlingar inom sitt kompetensområde blir det billigare för samhället och minst lika bra. Detta är klok sjukvårdspolitik!

Har vi egentligen råd, av kvalitetsskäl men också av ekonomiska skäl, med ett helt öppet sjukvårdssystem utan styrinstrument? Mycket pengar går åt utan mervärde. Denna fråga tänker jag återkomma med.



Sven Svederberg

Ven

sven.svederberg@telia.com



Att arbeta med levnadsvanor

– mer än att skriva recept på fysisk aktivitet

Det är vår skyldighet att engagera oss för att göra vad vi kan för att få välskrivna regelböcker i hälsovalen, att hålla registreringsbördan på en överkomlig nivå, säkra uppföljning av vettiga parametrar och att få ekonomiska ersättningsmodeller som stödjer, inte stjälper, vår strävan efter att ta hand om våra patienter på bästa sätt.

Två år har gått sedan Socialstyrelsen presenterade sina "Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder". Efter en trevande start har implementeringsbol-len kommit rullning. Runt omkring i landet arbetas det med att på olika sätt omforma riktlinjernas budskap till klinisk praxis. En administrativ "svans" av system för uppföljning, registrering och ekonomisk ersättning har utvecklats parallellt. Denna svans påverkar vårt dagliga arbete mer än att man genom Socialstyrelsens riktlinjer har definierat vilka metoder som anses vara mest effektiva för att göra livsstilsinterventioner.

"Landstingens tjänstemän vill gärna ha tillgång till våra synpunkter och vår yrkeskunskap, men har svårt att hitta läkare som de kan diskutera med."

Det har varit intressant att följa debatten kring arbetet med levnadsvanor sedan 2011. Till en början gick protesterna ut på att hälso- och sjukvården inte skall arbeta med folkhälsa, inte arbeta med prevention. Det vetenskapliga underlaget för riktlinjerna ifrågasattes. Det fanns en oro för att man förväntades fråga alla patienter om alla deras levnadsvanor i alla situationer. En oro för att bli styrd i sina bedömningar, att inte få använda sin erfarenhet och kompetens i strävan efter att erbjuda det bästa för den enskilde patienten.

Nu när tid har förflutit, och det har blivit tydligare hur man skall tolka riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder, handlar debatten om något annat. Numera handlar det om

administration och registreringar, hur vad som ger ekonomisk ersättning leder till ständiga kovändningar i verksamheternas mål. Vad är nyttan för patienten? Finns det rent av nackdelar för dem? Förutom att alltmer av vårdpersonalens tid går åt till administrativa uppgifter i stället för patientkontakt.

Då och då kan man läsa en insändare eller text på en tidnings debattsida där denna oro kommer till tals. Det är förmodligen toppen på ett isberg. Runt om i landet är många på olika sätt frustrerade över att arbetssituationen påverkas mycket av beslut som fattas av personer med liten eller ingen erfarenhet av att arbeta inom hälso- och sjukvården.

Att kritisera det som är dåligt är enkelt, att komma med förslag till förbättringar kan vara svårt. Konstruktiva förslag gör kritiken svårare att avfärda. Som kliniskt verksam kan det kännas som att utformningen av regler och ersättningssystem är ett arbete som bedrivs långt ifrån ens egen vardag. Här finns det dock goda möjligheter för att påverka besluten. Genom att vara med redan i förarbetet till beslut om innehållet i regelböckerna kan man belysa vad som är problematiskt och förklara varför. Är man med i diskussionen kan man komma med förslag till förändringar.

Åter till arbetet med levnadsvanor. Det är lätt att tänka att det endast handlar om att skriva recept på fysisk aktivitet och erbjuda kvalificerad tobaksavvänjning inför operation, men det kan vara så mycket mer. Vad skall registreras i journalen? Hur kopplas ekonomin ihop med olika åtgärder? Vårt arbete med levnadsvanor börjar redan där.

Landstingens tjänstemän vill gärna ha tillgång till våra synpunkter och vår yrkeskunskap, men har svårt att hitta läkare som de kan diskutera med.

Mette Barth

Ordf. i SFAM:s råd för levnadsvanefrågor
Kontaktläkare i Skåne för SLS levnadsvaneprojekt
Hälsomedicinskt center, Lomma
m.barth@halsomedicinsktcenter.se
mette.barth@telia.com



På denna länk hittar du namn på Levnadsvaneprojektets kontaktläkare. Du kan klicka vidare på "länk från Socialstyrelsen" för att hitta kontaktuppgifter till de ansvariga för implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ute i landsting och regioner. Hör av er!

www.sls.se/Levnadsvaneprojektet/Kontaktlakare-i-landstingen



Hälsofrämjande är mer än levnadsvanor

Det är olyckligt att "hälsofrämjande" snävats in till att gälla fyra levnadsvanor. Hälsufrämjande är allt som kan få patienten att känna sig bättre och gladare: färgsättningen i väntrummet, bemötandet i kassan och inte minst "det goda samtalet" – att doktorn är närvarande, att man får tala om det som är viktigt, att man förstår vad doktorn säger.

"Det goda samtalet" kan leda till att man *inte* tar upp levnadsvanor – det är kanske något helt annat som idag står i vägen för en beteendeförändring. Oron för egen och anhörigas hälsa eller för svårigheter på arbetsplatsen och i familjen måste kanske stillas innan man är mottaglig för samtalet om levnadsvanor.

"Det goda samtalet" kräver att personalen utbildas inte bara i motiverande samtalsteknik utan också i t.ex. patientcentrerat arbetssätt och kognitivt förhållningssätt.

I det ursprungliga konceptet från Nacka ingick "stress" som den femte levnadsvanan, som en indikator på mental hälsa. Det gav större möjlighet till samtal om livet med patienten. Se rapporter och material på www.sls.sll.se/folkhalsoarbete.

Ingrid Eckerman
F.d. folkhälsoläkare i Nacka
ingrid@eckerman.nu

Annons 11 Medicinsk Röntgen



Är det farligt att äta påskägg?

Enligt Wikipedia äter svenska folket upp till 6 miljoner ägg i timmen under påskafton. Kolesterolkampanjens fader Ancel Keys skulle säkert rotera i sin grav om han fick höra detta. Redan i sin bok *Eat Well and Stay Well* från 1958 varnade han för äggätande. Ägg är vårt mest kolesterolrika födoämne. Äter vi för mycket kolesterol, skrev han, så stiger blodets halt och en tidig död i hjärtinfarkt väntar runt hörnet.

1984 upprepade han sin varning i en meta-analys av 39 experiment. Ett av experimenten omfattade åtta försökspersoner; i de flesta hade man endast studerat en eller två. Studierna visade, skrev Keys, att om man halverade sitt intag av kolesterol skulle blodets halt minska med mer än 0,18 meq/l, vilket han ansåg att man inte kunde negligera [1].

Tydligen hade Keys glömt en tidigare analys som han publicerade två år innan hans bok kom ut. Här gjorde han nämligen följande slutsats: "In adult men the serum cholesterol level is essentially independent of the cholesterol intake over the whole range of natural human diets." [2].

Många andra har upptäckt att vare sig ägg eller ett högt intag av kolesterol påverkar blodets kolesterolhalt [3-7], och den som frossar i ägg behöver inte heller vara rädd för hjärtat. I en rapport från Framingham konstaterade författarna till exempel att de studerades intag av ägg inte hade den minsta inverkan, vare sig på deras kolesterol eller deras risk att få en hjärtinfarkt [8]. Många andra har kommit fram till samma resultat [9-11]. Trots detta har vi i alla år fått veta att hönsägg är skadliga för hälsan. Det är först för ett par år sedan att WHO och FAOs experter erkände att det inte stämmer.

Ett hönsägg innehåller en enda cell. Efter tre veckors kläckning vid en lämplig temperatur har den förvandlats till en levande, varmblodig varelse. Detta mirakel kan naturligtvis endast ske om gulan och vitan innehåller precis det antal molekyler som är nödvändigt.

Det finns många studier, där kolesterolrädda forskare har minskat hönsäggets innehåll genom att mata hönsen med statiner eller andra kolesterolsänkande ämnen. Alla vet, eller borde veta, att kolesterol är en av de viktigaste molekylerna i vår kropp. Konstigt nog har ingen undersökt vad som händer med kycklingar, som kläcks ur de kolesterolfattiga äggen. Överlever de? Och om de gör, hur ser de ut?

Vi människor klarar oss utan kolesterol i maten därför att levern och alla våra celler kan producera hur mycket som helst. Äter vi mycket kolesterol, då håller cellerna paus. Det är förklaringen till att matens innehåll av kolesterol inte på-

verkar blodets. Även om det skulle öka lite grand kan det knappast vara farligt. Mer än tjugo studier har visat att äldre människor med högt kolesterol lever längst (12).

Låt oss därför frossa i påskägg med gott samvete. Men det bör vara riktiga ägg. Godisägg bör ätas med måtta, i synnerhet om man har diabetes eller väger för mycket.



Referenser

1. Keys A. Serum cholesterol response to dietary cholesterol. *Am J Clin Nutr* 1984;40:351-9.
2. Keys A et al. Diet and serum cholesterol in man; lack of effect of dietary cholesterol. *J Nutr* 1956;59:39-56.
3. Porter MW et al. Effect of dietary egg on serum cholesterol and triglyceride of human males. *Am J Clin Nutr* 1977;30:490-5.
4. Kummerow FA et al. The influence of egg consumption on the serum cholesterol level in human subjects. *Am J Clin Nutr* 1977;30:664-73.
5. Flynn MA et al. Effect of dietary egg on human serum cholesterol and triglycerides. *Am J Clin Nutr* 1979;32:1051-7.
6. Ravnskov U. The questionable role of saturated and polyunsaturated fatty acids in cardiovascular disease. *J Clin Epidemiol* 1998;51:443-60.
7. Dawber TR et al. Eggs, serum cholesterol, and coronary heart disease. *Am J Clin Nutr* 1982;36:617-25.
8. Hu FB et al. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. *JAMA* 1999;281:1387-94.
9. Nakamura Y et al. Egg consumption, serum total cholesterol concentrations and coronary heart disease incidence. *Br J Nutr*. 2006;96:921-8.
10. Jones PJ. Dietary cholesterol and the risk of cardiovascular disease in patients: a review of the Harvard Egg Study and other data. *Int J Clin Pract* 2009;63(Suppl. 163):1-8.
11. Chagas P et al. Egg consumption and coronary atherosclerotic burden. *Atherosclerosis* 2013;229:381-4.
12. www.ravnskov.nu/svmyte7.htm



Uffe Ravnskov
ravnskov@tele2.se



Annons 2

Menopur

Migration och vård på lika villkor för invandrare i Sverige

En epidemiologisk och klinisk studie med fokus på det triangulära mötet mellan patient, tolk och distriktsläkare

Det finns samband mellan etnicitet och dålig självrapporterad hälsa som delvis förklaras av ogynnsamma socioekonomiska faktorer, diskriminering samt bristande ackulturation, dvs. kulturell anpassning och integration. När tolkning och relationer vid konsultationen inte fungerar optimalt rapporterar patienter, tolkar och distriktsläkare osäkerhet och frustration. För framgångsrik och tillfredsställande konsultation på lika villkor för invandrapatienter krävs professionella tolkar, att distriktsläkare använder individuellt förhållningssätt och kulturell kompetens samt att konsultationstiden är tillräcklig.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) § 2 står att "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på *lika villkor* för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet... Den som har det *största behovet* av hälso- och sjukvård skall ges *företräde* till vården."

Titeln på min avhandling antyder att invandrapatienter som behöver tolk inte får vård på samma villkor som andra patienter.

Bakgrund

Att vissa invandrare har en ökad risk för sämre hälsa, ökad sjuklighet och ökad dödlighet är känt i litteraturen. Det finns också invandrare som har bättre hälsa än de infödda svenskarna. Varje invandrades bakgrund är unik, med olika förutsättningar att klara den påfrestning som det innebär att migrera till ett land med annan kultur. Sverige är idag mångkulturellt med ca 15 % utlandsfödda medborgare. När forskningsprojektet startade var Chile, Iran och Turkiet bland de största icke-europeiska invandrargrupperna i

Strategier som används av patienter, tolkar och distriktsläkare för att hantera känslor av osäkerhet och frustration

	Osäkerhet	Frustration
Patient	- kontrollera tolkningen - lära känna tolk/doktor	- tvåspråkig doktor - anhöriga
Tolk	- kontrollfrågor - anpassa tolkningen - förenkla orden	- gå utöver sin roll - kulturell tolkning - tömma containern
Doktor	- undersökningar - återbesök - kroppsspråk - konsultationstid - läkarkontinuitet - styra konversationen - tolkkontinuitet	- prioritera - medicinsk roll - tolkkontinuitet

Sverige. Invandrapatienters kontakter med primärvården och hur de upplever det triangulära mötet då tolk är närvarande vid läkarbesök finns inte beskrivet tidigare närmre, liksom inte heller hur tolkar och distriktsläkare upplever det.

Syften

Det övergripande syftet var att analysera det triangulära mötet mellan patient, tolk och distriktsläkare. I de fyra delstudierna var syftena att:

- I Ge en bakgrund om sambanden mellan etnicitet, ackulturation/integration, diskriminering och självrapporterad hälsa.
- II Utforska invandrapatienters erfarenheter och reflektioner av besök hos distriktsläkare.
- III Beskriva några aspekter av de tre perspektiven i det triangulära mötet

mellan invandrapatient, tolk och distriktsläkare, t.ex. om väntetiden påverkar patientens nöjdhet.

- IV Belysa de tre deltagarnas uppfattningar och reflektioner om det triangulära mötet genom djupintervjuer, t.ex. om patienten upplevt respekt för sin kultur, personlighet och önskemål.

Metod

Projektet innehåller kvantitativa och kvalitativa ansatser och har en tvärvetenskaplig karaktär. I delarbete I användes Undersökning om invandrades levnadsförhållanden ("Invandrar-ULF") 1996 där invandrare från Polen (840), Turkiet (840) och Iran (480) och svenskfödda personer (2 250) deltog. Vid statistisk bearbetning (Stata Corp. 2003, release 8.0) var utfallsvariabel självrapporterad hälsa. I delarbete II och III distribuerades

ett frågeformulär till 78 invandrapatienter från Chile (17), Iran (22) och Turkiet (39), deras tolkar och distriktsläkare på 12 vårdcentraler runt Stockholm. Deltagarna tillfrågades om bakgrund, åsikter, erfarenheter och reflektioner kring konsultationen och om patientens nöjdhet. I delarbete IV genomfördes djupintervjuer av 10 invandrapatienter från Chile, Turkiet och Iran, 9 tolkar samt 10 distriktsläkare. Vid bearbetning av intervjumaterialet användes innehållsanalys [1].

Resultat

Delarbete I visade att män från Iran och Turkiet hade en trefaldig ökning av risken för dålig självrapporterad hälsa, medan risken för kvinnor var femfaldig. När socioekonomiska faktorer inkluderades sjönk risken något, dvs. en del av sambandet kunde förklaras av mer ogynnsamma socioekonomiska förhållanden.

Majoriteten av enkätsvaren från 52 patienter i delarbete II innehöll uppgifter om kommunikationsproblem beroende på språkliga och kulturella skillnader mellan doktor och patient och doktors förmåga att lyssna på patienten. Demografiska faktorer och faktorer relaterade till migrationen, hälsotillståndet och konsultationen verkade inte vara associerade till patientens nöjdhet eller känslan av att ha blivit tröstad av doktorn.

Av 182 deltagare i delarbete III (52 patienter, 65 tolkar och 65 distriktsläkare) hade 40 stycken från varje grupp deltagit i samma konsultation. Av patienterna hade 18 upplevt språksvårigheter, 26 respekt för sin kultur, 32 respekt för sin personlighet och 32 för sina önskemål. Etiska konflikter var sällsynta. Majoriteten av patienterna i alla tre kategorier var nöjda med konsultationen.

I delarbete IV kunde sex teman urskiljas och arrangeras inom två ämnesområden: översättningsprocessen (sättet att tolka och sättet att informera) och själva mötet (ett individuellt anpassat förhållningssätt, konsultationstid, patientens känslor och familjemedlemmars roll).

Diskussion

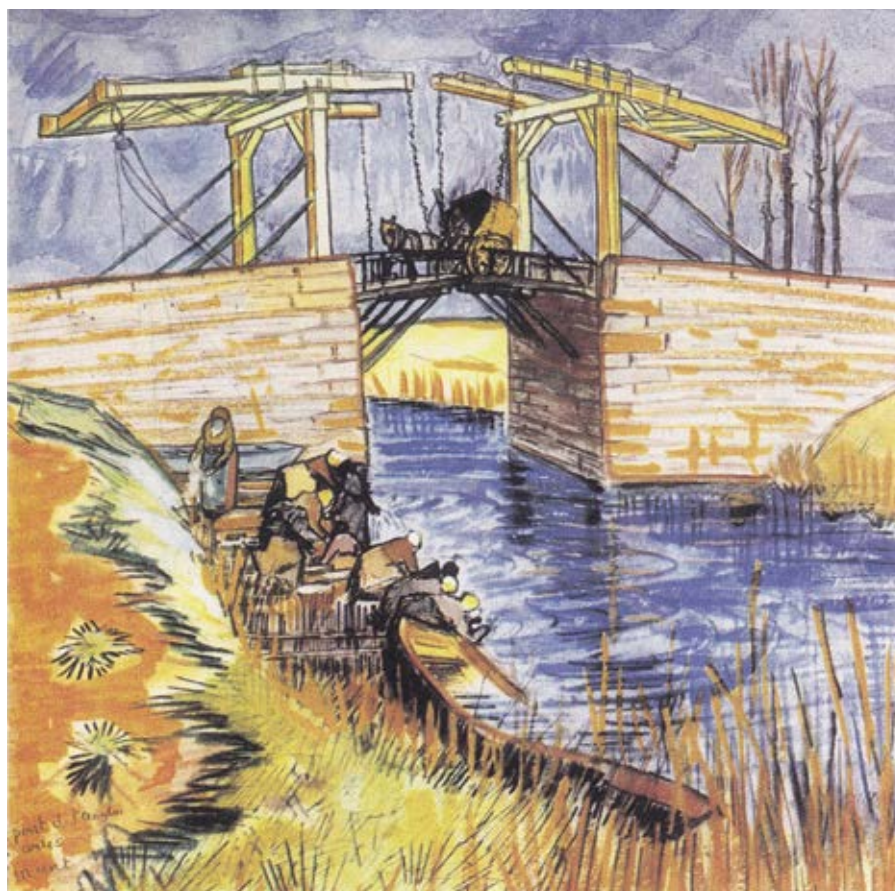
Vid analys av resultaten i studie I fann jag ett samband mellan etnicitet och dålig självrapporterad hälsa som delvis förklaras av ogynnsamma socioekonomiska faktorer, diskriminering samt bristande ackulturation, dvs. kulturell anpassning och integration till det svens-

ka samhället. Mitt fynd är samstämmigt med studier från fyra olika länder: USA [2], Sverige [3,4], Nederländerna [5] och Israel [6].

Patientens nöjdhet varierar beroende på om patientens förväntningar på konsultationen har uppfyllts vad gäller förståelse, förklaringar och känslomässigt stöd [7]. Mina informanter påpekade att familjemedlemmar kan ge information om patientens sociala och kulturella sammanhang som kan bidra till en mer individanpassad tolkning utifrån kontexten. Detta i sin tur ökar doktors förståelse av patientens medicinska historia och situation och kan underlätta för en mer patientcentrerad inställning och hållning, ökad delaktighet och patientnöjdhet. För att patienten skulle bli nöjd med besöket påpekade informanterna att begriplig information från doktors sida var viktigt. Hälsorelaterad information som kan förstås av patienten har visat sig vara den näst viktigaste faktorn för patientens nöjdhet [8]. För detta krävs tillräcklig konsultationstid.

Kommunikation och kulturell kompetens
Trots närvaro av tolk rapporterade många patienter språkliga och kulturella skillnader och svårigheter. Tolkens roll för att överbrygga svårigheterna betonades av informanterna. Patienterna förklarade de missförstånd som uppstått med en oförmåga att förklara eller kommunicera sina problem, trots närvaron av en professionell tolk. En patient sade: *"Jag tvekar på att mina problem är korrekt förmedlade"*.

Betydelsen av att doktorn förstår vad som kan ligga bakom patientens uppfattning utifrån hans/hennes kulturella sammanhang påpekades av en patient så här: *"...läkarens uppgift att ha förståelse för såna saker..."*. Det påpekades att familjemedlemmar som är närvarande och/eller som tolkar kan bidra med viktig information om den kulturella bakgrunden. Genom att som doktor använda sig av kulturell kompetens, dvs. förmåga att förstå och fungera effektivt inom patientens referensram, kan kommunikationen förbättras [9].



Vincent van Gogh, Pont de Langlois: Bron mellan två kulturer, ekipaget med tolk, doktorn och patient, den hårt arbetande primärvårdspersonalen som försöker rädda den sjunkande båten, dvs. den otillräckliga budgeten...
Foto: en.wikipedia.org

Patientcentrerad kommunikation

Att doktorn verkade förstå deras problem rapporterades av 85 % av patienterna. Dock beskrev vissa patienter doktors oförmåga att lyssna på dem. Patienten har ett behov av känslighet och mottaglighet hos doktorn att lyssna på de bakomliggande orsakerna till patientens symtom. En patient uttryckte det så här: *"Det är viktigt att läkaren kommer att kunna lyssna och förstå vad jag vill berätta för honom"*. Doktors vilja att förstå och hans/hennes personlighet tycks vara associerade med patientens känslor av att ha respekterats för sin personlighet, sina önskningar och kulturella bakgrund. Patientens nöjdhet kan öka med patientcentrerad kommunikation [10,11]. När det gäller främjande av hälsa betonade patienterna i min studie betydelsen av familjen, möjlighet att besöka sina ursprungsländer och motion. En patient skrev: *"...känna användbarhet och uppleva lycka i livet"*.

Wiking E.

Health care on equal terms for immigrants in Sweden.

Karolinska Institutet 2012.

ISBN 978-91-7457-841-6.

Handledare: Jan Sundquist, Lund, Nouha Saleh-Stattin, Kl, Sven-Erik Johansson, Kl.

De viktigaste slutsatserna av studie III var att kommunikationssvårigheter kan finnas även när tolkar används. Skälen till dessa svårigheter kan omfatta tekniska problem, bristande samtalstid, svårigheter att uttrycka patienternas problem eller förklara medicinska termer och problem i relationerna mellan patient, tolk och doktor. För vidare analys gjorde jag därför djupintervjuer.

Resultaten från intervjuerna i studie IV visade att dynamiken i det triangulära mötet påverkar förhållandet i patient – läkarrelationen och därmed också ömsesidig förståelse. Tillfredsställande tolkning och goda relationer mellan alla tre parter är nödvändiga för en lyckad konsultation, vilket också bekräftats i tidigare studier [12]. Strategier för att uppnå en konsultation som är tillfredsställande och

framgångsrik för alla tre parter kan behövas. Bland de strategier som beskrevs av patienter var att få lära känna tolken och doktorn litet närmre; låta anhöriga få ge stöd, eventuellt tolka och kunna få kontrollera tolkningen och kunna få ha en samspråkig doktor. Tolkens strategier inkluderade anpassning av språket, att medla vid konflikter, stödja patienten och bidra med kulturell tolkning. Doktors strategier innebar att begränsa och komprimera innehållet i besöket. För att säkerställa att patienten förstått den information de fått ingick upprepning, extra förklaringar och kontrollfrågor. Användning av kroppsspråk nämndes också av tolkar och doktorer. (Se faktaruta)

Min studie belyser vikten av en patientcentrerad strategi för att stödja patientens egenvård, öka patientens medverkan i att diskutera och sätta mål för behandling.

Slutsatser

I sambandet mellan etnicitet och dålig självrapporterad hälsa är låg socioekonomisk status, dålig ackulturation och diskriminering viktiga faktorer. Trots närvaro av tolk upplevde patienterna kommunikationsproblem på grund av språk och kulturella skillnader mellan doktor och patient. Doktors förmåga att lyssna är en viktig faktor. Trots kommunikationsproblem rapporterade majoriteten av patienterna, tolkarna och distriktsläkarna att patienterna varit nöjda. Känslor av att ha blivit förstådd och förstått och att få sin kultur, personlighet och sina önskemål respekterade var viktiga för patientens tillfredsställelse. Demografiska och migrationsrelaterade faktorer, hälsotillstånd och faktorer relaterade till själva konsultationen verkade inte vara viktiga för patientens nöjdhet. För att uppnå en framgångsrik konsultation med tre nöjda deltagare krävs användning av auktoriserade/professionella tolkar för både språklig och kulturell tolkning, en patientcentrerad strategi med anpassning till patienternas utbildningsnivå samt kulturell kompetens. Strategier kan behövas för att undvika känslor av osäkerhet och frustration. Tillgången på professionella tolkar måste vara tillräcklig utifrån de faktiska behoven i befolkningen och i vårdsystemet.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105–12.
2. Ren XS, Amick BC 3rd. Race and self-assessed health status: the role of socioeconomic factors in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 269–73.
3. Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 south European labour migrants and 841 Swedish controls. *Soc Sci Med* 1995; 40: 777–87.
4. Lindström M, Sundquist J, Östergren PO. Ethnic differences in self-reported health in Malmö in southern Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 97–103.
5. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 298–304.
6. Baron-Epel O, Kaplan G. Self-reported health status of immigrants from the former Soviet Union in Israel. *Isr Med Assoc J* 2001; 3: 940–6.
7. Zebiene E, Razgauskas E, Basys V, et al. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 83–9.
8. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, et al. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med* 1996; 125: 640–5.
9. Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev* 2000; 57 Suppl 1: 181–217.
10. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD003267.
11. Hornsten A, Lundman B, Selstam EK, et al. Patient satisfaction with diabetes care. *J Adv Nurs* 2005; 51: 609–17.
12. van Wieringen CM, Harmsen JA, Bruijnzeels MA. Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health* 2002; 12: 63–8.



Eivor Wiking

Distriktsläkare och sjukhuspräst
Turebergs vårdcentral, Sollentuna
eivorwiking@swipnet.se

Patienter med utländsk bakgrund

Upplevelse av primärvården i Sverige

Genom invandringen de senaste decennierna har det blivit allt vanligare att se patienter med migrationsbakgrund på vårdcentralen. På Skäggetorps vårdcentral är mer än hälften av de listade patienterna födda utomlands eller har utlandsfödda föräldrar, framför allt från mellanöstern, balkanländerna, Afghanistan och Somalia. Under det vardagliga arbetet märks att många av dem är missnöjda med vården. Även den nationella patientenkäten har visat ett visst samband mellan andel patienter med migrationsbakgrund och lägre tillfredsställelse, vilket också kan återfinnas i litteraturen (1;2).

Många patienter med utländsk bakgrund har tagit med sig förväntningar från ett helt annat sjukvårdssystem (3). En intervjustudie med somaliska patienter i Sverige har gjorts (4), men i övrigt saknas kunskap om utlandsföddas inställning till svenska primärvården. Denna studie syftar till att öka de kunskaperna.

Metod

Deltagare var 20 patienter vid Skäggetorps vårdcentral: män och kvinnor mellan 35 och 65 år från ovannämnda länder och med erfarenheter både från den svenska primärvården och från sjukvården i sitt hemland. De skulle kunna delta i en intervju antingen på arabiska eller på svenska (en av författarna talar arabiska). De flesta tillfrågades under ett läkarbesök, några hänvisades genom receptionen.

Deltagarna intervjuades utifrån en intervjuguide med framför allt öppna frågor kring upplevelser av den svenska primärvården. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant. Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys (5).

RESULTAT

Analysen visade ett antal meningsskapande enheter som återges nedan med representerande citat.

Positiva omdömen

Deltagarna gjorde en differentierad bedömning av den allmänna sjukvården i Sverige. De flesta var positiva eller mycket positiva:

”Jag tycker att det är bästa som finns här i Sverige, det är min åsikt alltså, jag tycker det bästa som finns här i Sverige det är vården alltså.”

Denna ST-uppsats fick pris som "Årets uppsats" för specialistexamen i allmänmedicin 2013. Den presenteras här i förkortad form, omarbetad av författarna. Handledare för ST-arbetet var Gunilla Hollman Frisman från Hälsouniversitetet Linköping.

Som underlag för en sådan bedömning nämndes bland annat möjligheterna inom sjukvården i Sverige, bra mediciner och läkare med bra utbildning. En del gjorde dock en inskränkning angående den aktuella vårdcentralen eller betonade den effektiva vården på sjukhuset i akuta fall.

”När man allvarligt sjuk då vet man att de ska göra allt för att rädda människors liv.”

Jämlik vård

Samtidigt hade många deltagare börjat jämföra vården i Sverige med den i sina hemländer. Många deltagare oavsett härkomst är ense om att man i deras hemländer har snabbare tillgång till vården än i Sverige. Detta är dock starkt beroende av egen ekonomi och gäller bara om man väljer vård utanför det offentliga subventionerade systemet.

”I Irak om man har pengar kan man få hjälp direkt och om man inte har pengar då dör man...”

Att systemet i Sverige värnar samma tillgång till vård för alla patienter oavsett ekonomisk situation upplevs som positivt, samtidigt som det är på bekostnad av sämre individuell tillgång till vården.

”Jag har varit hos alla läkare här på vårdcentralen. Jag genomgick olika undersökningar utan effekt och utan resultat... Som vi säger i Irak: 'De spelade fotboll och jag var bol-len'.”

Läkemedelsförskrivning

Många deltagare angav att det råder ett annorlunda förskrivningsmönster av läkemedel i Sverige. Här övervägs noggrant nödvändighet och behandlingsalternativ till mediciner. Några deltagare hade en förväntan på att få ett recept vid varje läkarbesök, men de flesta accepterade det svenska sättet.

”De ger medicin direkt. I mitt hemland. Men här de undersöker, kanske jag behöver inte medicin.”

Komplicerat system

Hela välfärdssystemet i Sverige upplevs komplicerat, vilket bidrar till osäkerhet och minskar trygghet. Samspelet mellan de olika aktörerna – försäkringskassan, arbetsförmedlingen, sjukvården – förbryllar och gör att patienterna känner sig som ”en fotboll” mellan dem. De respektive myndigheterna förefaller inte samverka.

Mindre besvär tas inte på allvar

Ett återkommande svar från deltagarna handlade om hanteringen av till synes mindre allvarliga besvär. Några berättade om sjukdomar som inte hade upptäckts i tid utan först när symtomen hade förvärrats avsevärt eller sjukdomen fortskridit. Det beskrevs en besvikelse kring utebliven behandling eller hänvisning till egenvård eller sjukgymnastik istället för en påtaglig intervention med läkemedel eller en ingående utredning.

"Om du har bara ont eller har de besvär, det du måste gå många år innan du får hjälp"

"När man är sjuk då ringar man och efter långt samtal händer ingenting. Alltid samtalet slutar med Panodil, träna, sjukgymnast, såna saker som man vet inte riktigt hur de hjälper..."

Misstro inom patient-läkarrelationen

Läkarens dubbla funktion uppmärksammades. Dels ska läkaren agera i patientens intresse och verka för att denna ska bli frisk genom behandling, dels upplevs läkaren som advokat åt framför allt försäkringskassan när det gäller intygsärenden. Detta skapar en viss misstro.

"Här först alla läkare tänker alltså vem är DU? Ska du lura mig eller du har ont? ... Det är två jobb de får direkt vad? Så vem är du, vad är det du är ute efter? Har du ont? Har du ont i plånboken? Eller ont i magen?"

Syn på sjuksköterskornas uppgifter

Det framkom en tydlig förväntan på att få boka en läkartid när man ringer till vårdcentralen. Att man ska ringa för att få ett problem löst av en sjuksköterska eller utövare av en annan lämplig yrkeskategori upplevdes främmande. Många utgick ifrån att läkaren var den enda som kunde lösa patientens hälsoproblem. Det saknades förståelse för att man var tvungen att berätta om sina problem för den mottagande sjuksköterskan.

"Om man behöver komma till läkaren behöver man tjata väldigt mycket, ... Man behöver komma till läkaren! Annars man behöver inte ringa hit. Och slösa tiden för sig själv och för vårdcentralen."

"Man måste ringa och förklara mycket för sjuksköterska för att övertyga henne att boka en läkartid. Jag tror det är 100 % fel."

"I Irak sjuksköterskor hjälper läkare och det finns mycket duktiga sjuksköterskor men de får inte bestämma. Patienten alltid måste träffa en läkare. Det är bättre och tryggare tror jag"

"De vill höra alla små detaljer. När man är sjuk orkar man inte säga alla detaljer"

Respektfullt bemötande

Bemötandet från läkarna upplevdes samstämmigt som väldigt respektfullt. Det noterades att läkarna var öppna och ärliga i sin kommunikation och kunde tydliggöra komplexa förhållanden på ett pedagogiskt bra sätt. Till viss del gällde det också för sjuksköterskor.

"Det som är bra här att läkarna är ärliga. De säger om det är bra eller inte bra. De gör inte det i mitt hemland."

Läkarens förhållningssätt i Sverige

Något som ofta betonades under intervjuerna var att läkarna jobbar extremt långsamt och försiktigt. Där läkare i hemlandet

Låt oss återuppliva SFAMs nätverk för transkulturell allmänmedicin! Hör av dig till jens.wiethege@lio.se

fattade snabba beslut och vågade påbörja en behandling, så var svenska läkare upptagna med en utvärdering och noggrant övervägande. Att läkare var benägna att överlämna beslutsfattandet och ansvaret till patienten upplevdes som oprofessionellt.

"Det finns något som inte passar oss arabiska ... de är väldigt långsamma... kanske på grund av kallt väder..."

"Ja, jag tycker att läkare här i Sverige man behöver våga lite extra. Alltså för patientens skull man kan säga vad?"

Att svenska läkare använder datorn och läser i böcker uppfattas som att de saknar erfarenhet och därför tvekar att fatta beslut.

"Erfarenhet är mycket viktig. I mitt hemland får man hjälp från första besöket hos läkaren. Här sitter läkare och tittar på dator för att välja en medicin som till slut inte funkar bra"

"Han kollar på dator vad som finns, bara på datorn, bara på datorn. Måste kolla på ögon! Personen, patienten."

Kontinuitetsbrist

Många klagade över problem med kontinuitet. Nästan alla nämnde under intervjun att de träffade många olika läkare vilket ställde till problem med läkemedelsförskrivning, förtroendebrist på grund av olika läkarbedömningar och kvalitet i behandlingar. Flera påtalade problem med patientsäkerheten. Alla önskade sig en personlig läkare vilket skulle lösa många problem och spara tid.

"Det är också att när en människa träffa 42 olika läkare i 3 års period då tappar man förtroende."

"Jag har varit hos alla läkare här på vårdcentralen. Jag genomgick olika undersökningar utan effekt och utan resultat... Som vi säger i Irak: 'De spelade fotboll och jag var bollen'"

Diskussion

Det kom fram en hel del positiva omdömen både om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och om vårdcentralen. Att man i Sverige kan erhålla vård oavsett inkomst och härkomst uppmärksammades av nästan alla deltagare. Mångas inställning till receptförskrivningen och läkemedelshanteringen kan förstås med tanke på bakgrunden och olika hälso- och sjukvårdssystem i olika kulturer. Kunskap om att det finns vissa förväntningar från utländska patienter i det här sammanhanget kan påverka hur man diskuterar ämnet med dem.

Förvånansvärt många deltagare ansåg att mindre besvär inte tas på allvar vilket gör att förtroendet till sjukvården brister. En förklaring kan vara kommunikationsproblem, bland annat bristande språkkunskaper, som leder till att patienterna inte kan tydliggöra sina besvär. Det kan också vara så att man i Sverige tänker sig att patienterna ska acceptera ett mindre allvarligt tillstånd medan man i andra länder visar ett mer aktivt förhållningssätt.

De utländska patienterna upplevde bemötandet av den svenska sjukvårdspersonalen som trevligt och ärligt, vilket borde medvetandegöras bland personal. Det upplevs också att svenska läkare i stor utsträckning är styrda av riktlinjer och regler. Detta gör att man som patient inte har mycket förtroende för förmågan att bedöma det individuella tillståndet. Att läkaren verkar oprofessionell med bristande erfarenhet så snart böcker, internet eller kollegor konsulteras har nämnts av förhållandevis många deltagare oavsett härkomst. Utifrån bakgrunden att vissa länder saknar ett kontrollsystem för irrationell behandling kan det ses som positivt att Sverige har ett system som bygger mer på evidens och beprövad erfarenhet. För patienterna kan det dock verka mindre effektivt och väldigt opersonligt.

Våra konsultationstekniker där vi frågar efter patienternas förväntningar, föreställningar, farhågor ("de 3 F-en") verkar kunna medföra att det hos patienten skapas en viss skepsis angående att vi nog inte riktigt vet vad vi gör. Samtidigt vet vi att det finns föreställningar och förväntningar som är viktiga att få fram. Det gäller att utveckla en konsultationsteknik som hjälper oss att få fram patientens bakgrund och inställningar samtidigt som patienten kan ha förtroende för våra kunskaper. Att fråga patienten "vad tror du dina besvär beror på?" har visat sig inte vara en framgångsfaktor i konsultationen med många utländska patienter. Självsäkert uppträdande av läkaren kan däremot hos vissa patientgrupper leda till ökad respekt vilket gynnar hela relationen. Ökad medvetenhet om förväntningar och hur de påverkar mötet mellan läkare och patient medför möjligheter att kanalisera förväntningarna.

Ett annat område som kan förorsaka problem är att deltagarna inte verkar ha förstått sjuksköterskans roll inom vårdcentralen. Att sköterskan har till uppgift att bedöma patienternas besvär i telefon, så att problemet kan lösas till exempel genom rådgivning om egenvård eller genom tidbokning till läkare eller någon annan profession, var helt okänt för de flesta. Man ansåg att sköterskans uppgift endast är att boka en tid till läkare så att läkaren kan ta hand om besvären direkt. Även deltagare som vistats i Sverige i flera decennier har samma upplevelser. Här

liksom på flera andra områden verkar det behövas mycket mer information om hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård - Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2011 Dec.
2. Lien E, Nafstad P, Rosvold EO. Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in Oslo, Norway. *Int J Equity Health* 2008;7:7.
3. Perron NJ, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Fam Pract* 2003 Aug;20(4):428-33.
4. Svenberg K, Skott C, Lepp M. Ambiguous Expectations and Reduced Confidence: Experience of Somali Refugees Encountering Swedish Health Care. *Journal of Refugee Studies* 2011;24(4):690-705.
5. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2009.



Jens Wiethage

Distriktsläkare

Vårdcentralen Skäggetorp, Linköping

jens.wiethage@lio.se



Nada Hikmat

Distriktsläkare

Vårdcentralen Skäggetorp, Linköping

Diabetes och dess riskfaktorer hos turkiska invandrare i Sverige

Vid en jämförelse av turkiska invandrare i Flemingsberg (Sverige) med kontroller i Konya (Turkiet) fann vi en nästan dubblad förekomst av diabetes och nedsatt glukostolerans i Flemingsberg. Detta är ett av resultaten i min avhandling som jag försvarade i september 2013.

Upprinnelsen var den kliniska vardag jag mötte som allmänläkare i Flemingsberg. Hur jag hamnade i Flemingsberg var en slump. Jag höll på att utbilda mig till barnläkare när en kollega på Flemingsbergs vårdcentral – som hade akut brist på läkare – bad mig om hjälp, framför allt med

BVC. Jag mötte en ny värld med fascinerande patienter, unga barnfamiljer, många med invandrarbakgrund. Verksamhetschefen (en barnläkare som blev en allmänläkare) frågade om jag kunde tänka mig att arbeta som allmänläkare i Flemingsberg. Jag var redan "fast", inte bara i min övertygelse om att det var allmänläkare jag ville bli utan även att här fanns många frågor som behövde svar.

Behovet av sjukvård verkade vara oändligt. Många patienter presenterade symptom som var främmande för mig. Det tog tid att lära sig de olika kulturella aspekterna av dessa symptom där bland annat somatisering var ett vanligt sätt att uttrycka

Hjörleifsdóttir Steiner, K.

Diabetes among Turkish immigrants in Sweden. A study of prevalence and risk factors. Karolinska Institutet 2013. ISBN 978-91-7549-272-8. Huvudhandledare: Per Wändell.

lidande. Det slog mig att många av mina patienter, särskilt den turkiska gruppen, hade övervikt, fetma, diabetes och de sökte ofta för diffus smärta. Smärta i nacke, axlar och rygg var en av de främsta orsakerna till sjukfrånvaro och en stor börda för den turkiska gruppen, särskilt för de kvinnor som ofta beskrev sitt arbete som tungt.

Jag noterade en ovanligt hög förekomst av diabetes hos den turkiska invandrargruppen. Många var också oväntat unga. Kunde dessa symtom vara stressrelaterade och kunde de ha ett samband med diabetes? Varför var så många överviktiga?

Lika sjukvård betyder inte samma hälso- och sjukvård för alla utan en personcentrerad vård i dialog med patienten. Vilken kunskap fanns för det? Var intervention och behandling för diabetes, som framför allt bygger på forskning om svenska grupper, lämpliga för mina turkiska patienter? Kanske hade vi att göra med en annan typ av typ 2 diabetes och med andra typer av riskfaktorer? Hur såg den fysiska aktiviteten ut i denna grupp? Var denna höga diabetesförekomst ett resultat av flytt från landsbygd till storstad eller migrationen i sig med en förändring till en mer ohälsosam livsstil?

Fyllad av nyfikenhet och en fascination för den turkiska invandrargruppen i Flemingsberg kontaktade jag Centrum för allmänmedicin. Jag träffade professor Per Wändell som blev min handledare. Då förekomsten av diabetes liksom migration ökar världen över och olika etniska grupper har olika förekomst av diabetes, och då det är oklart vilka riskfaktorer som är förknippade med denna skillnad, såg vi det som väldigt angeläget att studera denna grupp.

Mål och syfte

Vår huvudmålsättning blev att undersöka om den turkiska

invandrargruppen var en riskgrupp avseende diabetes samt att studera förekomsten av och riskfaktorer för diabetes, nedsatt glukostolerans och nedsatt faste blodglukos (störd glukostolerans) samt att undersöka om migration och stress (ångest, depression, sömnproblem, smärta) kan vara riskfaktorer.

Vi fann inga studier i Sverige på diabetesförekomst hos turkiska invandrare då de flesta studierna var gjorda på hopslagna data på invandrare som en grupp. Vi visste att studier från Tyskland och Holland pekade på en hög förekomst av diabetes hos vissa invandrargrupper, däribland den turkiska. Att finna studier som jämförde diabetesförekomsten hos invandrare med deras ursprungsländer var svårt och vi fann inga sådana studier på den turkiska invandrargruppen.

"Lika sjukvård betyder inte samma hälso- och sjukvård för alla utan en personcentrerad vård i dialog med patienten."

Metod

Vi kontaktade professor Ilhan Satman i Turkiet som var i färd med en stor diabetes epidemiologisk studie i Turkiet. Samarbete inleddes för en jämförelse mellan diabetesförekomsten i Konya (varifrån majoriteten av de turkiska invandrarna i Flemingsberg kommer) med den turkiska invandrargruppen i Flemingsberg. Under tiden analyserades data som redan fanns i Sverige. Med hjälp av SCB:s databaser ULF och invandrar-ULF kunde vi få statistik gällande självrapporterad diabetes. Här fanns även statistik gällande psykisk ohälsa och smärtproblematik. Vi började med att se om det fanns en ökad risk för den turkiska invandrargruppen med infödda svenskar som kontrollgrupp.

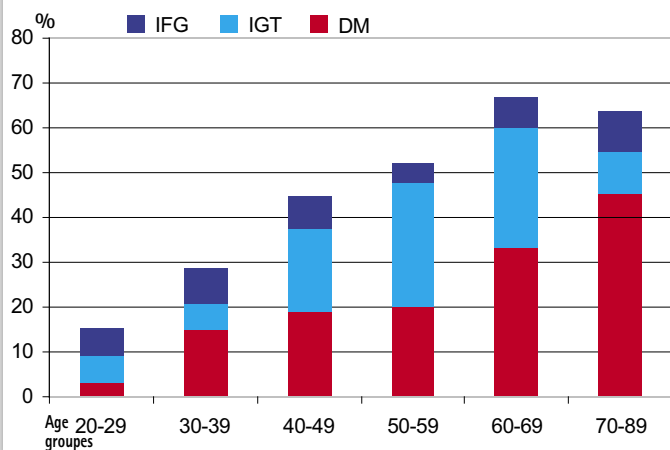
De två första studierna kom således att bygga på två stora väl validerade nationella tvärsnittsstudier: Levnadsförhållanden hos Svenskar (ULF, Statistiska Centralbyrån) och Invandrarundersökningen (Invandrar-ULF), ett samarbetsprojekt mellan Socialstyrelsen, Invandrarverket, Folkhälsoinstitutet och Inrikesdepartementet.

I vår undersökning analyserades de turkiska invandrarna i Sverige (n = 526) och jämfördes med svenska kontroller (n = 2854), alla i åldrarna 27-60 år. Åldersjusterade, könsspecifika logistiska regressionsmodeller användes för att jämföra självrapporterad diabetes och stressymtom (oro-ångest, sömnproblem och svår smärta) mellan den turkiska och den svenska gruppen. I de fullständiga modellerna ingick även utbildning, sysselsättning och BMI (jämförelse av diabetesförekomst), liksom utbildning, civilstånd och sysselsättning (jämförelse av stressymtom).

Den tredje studien blev en tvärsnittsstudie av hela den turkiska populationen i Flemingsberg i åldrarna ≥ 20 år. 238 turkiska invandrare intervjuades och data om sjukhistoria, fysisk inaktivitet, stress, rökning och dryckesvanor insamlades. Antropometriska mått (vikt, längd, BMI, bukmängd) och blodprover togs, blodtryck mättes och en oral glukosbelastning (OGTT) genomfördes. Data jämfördes med 1549 deltagare från Konya området i Turkiet i åldrarna ≥ 20 år.

Delarbete IV – Resultat

Förekomst i % av förhöjt faste blodglukos (IFG), nedsatt glukostolerans (IGT) och diabetes mellitus (DM) i olika åldersgrupper, hos turkiska invandrare i Flemingsberg.



Data från den turkiska invandrargruppen i Flemingsberg analyserades även med avseende på diabetes, nedsatt glukostolerans (IGT) och nedsatt faste glukos (IFG), gemensamt benämnda störd glukostolerans (DGT). De riskfaktorer som studerades var högt blodtryck, övervikt, fetma, bukfetma, höga faste triglycerid nivåer, lågt HDL-kolesterol, det metabola syndromet, rökning, alkohol konsumtion, fysisk inaktivitet, stress, försämrad självskattad hälsa, låg sysselsättningsgrad och låg utbildning.

Data analyserades genom att använda Chi-Square test, t-test och könsspecifik, ålderjusterad, multivariat logistisk regression.

Resultat

Vi fann att hos turkiska män i Sverige var den åldersjusterade diabetesprevalensen inte högre än hos svenska män, odds ratio (OR) 1,04 (95 % konfidensintervall (CI) 0,35 - 3,11). Hos kvinnorna var diabetesprevalensen högre hos de turkiska kvinnorna jämfört med de svenska med OR 3,22 (CI 1,36 - 7,64). Den högre förekomsten var associerad med låg utbildning, låg sysselsättning och högt BMI.

I en fullständig modell (efter justering för utbildning, civilstånd och sysselsättning) var OR 2,12 (CI 1,43 - 3,15) för ångest, 2,60 (1,82 - 3,72) för sömnproblem och 2,14 (1,50 - 3,05) för svår smärta bland turkiska män och 2,44 (1,69 - 3,53) för ångest, 3,01 (2,09 - 4,33) för sömnproblem, och 2,59 (1,80 - 3,71) för svår smärta bland turkiska kvinnor, jämfört med de svenska kontrollerna.

Förekomsten av diabetes och IGT var signifikant högre bland turkiska invandrare i Flemingsberg (11,8 % resp. 15,6 %) jämfört med en kontrollgrupp i Konya i Turkiet (7,1 % resp. 7,6 %). Turkiska kvinnor i Flemingsberg hade högre förekomst av diabetes än turkiska kvinnor i Konya (12,8 % mot 7,6 %). Likaså var IGT högre bland turkiska män i Flemingsberg jämfört med män i Konya (17,8 % mot 4,9 %).

Diabetes debuterade relativt tidigt inom den turkiska invandrargruppen i Flemingsberg, i genomsnitt vid ca 47 års ålder. I samma grupp, efter åldersjustering i en fullständig modell, var oddsen för män 4-5 gånger högre för DGT (diabetes och IGT) om de hade högt blodtryck eller var rökare/före detta rökare. Central fetma och höga faste-triglycerider gav oberoende av varandra 4,5 gånger högre odds för DGT bland kvinnorna.

Vi fann inget samband mellan nyupptäckt DGT (nydiagnostiserad diabetes, IGT och IFG) eller det metabola syndromet och stressfaktorer som smärta, depression, ångest, sömnproblem, trötthet eller självrapporterad dålig hälsa. Alkoholkonsumtion i kombination med rökning däremot visade tre gånger högre odds för nyupptäckt DGT jämfört med de som ej rökte eller drack alkohol (OR 3,58 CI 1,29 - 9,96), bland de turkiska männen i Flemingsberg. Vi fann även tre gånger högre odds



Från basaren i Istanbul.

Foto: Niki Radros

för nyupptäckt DGT bland de turkiska kvinnor i Flemingsberg som var i arbete jämfört med de som ej arbetade (OR 2,73 CI 1,05 - 7,05).

Slutsatser

Våra slutsatser är att förekomsten av självrapporterad diabetes var högre bland turkiska kvinnor i Sverige jämfört med svenska kvinnor, vilket var associerat med lägre sysselsättningsgrad, lägre utbildningsnivå och en högre grad av övervikt och fetma. De turkiska invandrarna i Sverige hade signifikant ökad självrapporterad ångest, sömnproblem och svår smärta jämfört med svenska kontroller, även efter justering för ålder och socioekonomisk faktorer.

Den nästan dubblade förekomsten av diabetes och IGT bland turkiska invandrare i Flemingsberg jämfört med kontroller i Konya tyder på att migrationen är associerad med diabetes och att de turkiska

invandrarna utgör en särskild riskgrupp. Den relativt tidiga diabetesdebuten är en riskfaktor och de dominerande riskfaktorerna varierar beroende på kön. Stress verkar inte vara associerat med den höga förekomsten av DGT i den turkiska invandrargruppen i Flemingsberg.

Framtiden

Att vara en turkisk invandrare i Sverige är en riskfaktor i sig för störd glukostolerans (DGT). De funna riskfaktorerna kan inte förklara den höga förekomsten av DGT varför det finns behov av ytterligare studier med focus på migration och ackulturationens potentiella riskfaktorer (livsstilsförändringar, D-vitamin-brist, förändrad tarmflora). I nuläget bör man inrikta sig på övervikt, högt blodtryck, alkohol och rökning som riskfaktorer vid utformandet av kulturellt och genusanpassade interventionsprogram för de turkiska invandrarna i Sverige.

Studier som pågår nu är bland annat om D-vitaminbrist kan vara associerat med den höga förekomsten av diabetes och förstadier till diabetes hos olika invandrar-grupper. Kulturanpassade interventionsprogram håller på att utvecklas. Min egen forskning fortsätter inom ett projekt kallat 4-D-projektet där vi ska utvärdera en metod för screening av prediabetes framför allt med tanke på våra nya svenskar.



Kristín Hjörleifsdóttir Steiner

CeFAM, Karolinska Institutet

Flemingsbergs vårdcentral

kristin.steiner@me.com;

kristin.hjorleifsdottir.steiner@ki.se;

Kulturellt anpassad diabetesvård

- en utmaning för oss vårdgivare

Sverige är ett mångkulturellt land med invandrare från hela världen. Med migration och urbanisering följer ökad risk för diabetes och komplikationer i hjärt-kärlsjukdom. Många vårdgivare har låg kännedom om de sociala normer och levnadsbetingelser som råder bland invandrare från utomeuropeiska kulturer. Det behövs mer aktiva insatser än vad som görs idag.

Studier genomförda i Sverige visar att förekomsten av diabetes bland utomeuropeiska invandrare är dubbelt så hög jämfört med diabetesförekomsten ibland infödda svenskar [1]. Orsaken till detta känner man inte fullt ut till, men tidigare studier visar att hög anpassning till vår västerländska kultur med alltför fet och sockerrik mat i kombination med bristande fysisk aktivitet [2] och att bidragande övervikt och fetma spelar en stor roll för diabetesrisken [3]. Studier har även visat att psykosociala och socioekonomiska faktorer har betydelse för diabetesrisken såsom ångest, depression, ekonomisk utsatthet, brist på utbildning och arbete [4]. Utöver det är den ärftliga belastningen högre bland icke europeiska invandrare än bland icke invandrade svenskar [5] vilket ytterligare bidrar till ökad diabetesrisk [3].

Den största icke europeiska invandrargruppen i Sverige idag är från mellanöstern (framförallt Irak men även Syrien och Iran) [6], ett av de områden i världen som har högst diabetesförekomst [7]. Diabetesprevalensen i den vuxna befolkningen i mellanöstern bedöms ligga kring 14-20 % att jämföra med ca 5-6 % i Sverige [7]. Andra viktiga riskgrupper för diabetes är t.ex. invandrare från Somalia eller Turkiet där studier också visat på hög prevalens av diabetes [8]. En stor andel av de utomeuropeiska invandrarna till Sverige riskerar alltså att utveckla diabetes och hjärt-kärlsjukdom om de inte redan gjort det.

Läkarens ord har stor betydelse för motivationen hos våra patienter att ändra och bibehålla sina levnadsvanor, och i det här sammanhanget är därför vår roll och insats som specialister i allmänmedicin väldigt viktig. Så länge vi som vårdgivare har god kännedom om våra patienters levnadsvanor och de sociala och kulturella normer som råder i patientens miljö medför det oftast inte några hinder utöver det vanliga för att nå en så framgångsrik behandling som möjligt med hjälp av t.ex. motiverande samtal via oss läkare eller annan vårdpersonal. Problemet att kunna erbjuda lika optimal förebyggande vård på lika villkor uppstår snarare när vi, vårdgivaren, har låg kännedom och kunskap om patientens kulturella och sociala bakgrund och de normer som råder i hans/hennes närmiljö. Exempel på levnadsvanor som vårdgivare, inklusive dietister, i Sverige ofta har låg kännedom om är kosten och kostvanorna som råder i patientens hemland.

Själv har jag erfarenhet av att möta patienter från Irak. I Irak ser matvanorna många gånger helt annorlunda ut än dem vi är vana vid i Sverige och i vår västerländska kultur. Mycket av den irakiska maten friteras. Det gäller inte enbart kött och fisk

utan även t.ex. ris och bakverk. Det är också vanligt att man, efter det att maten är tillagad, tillsätter fett (olja) eller socker (honung) för att smakberika den. Att bedöma kalori-, fett- och sockernehåll är inte möjligt om man som vårdgivare inte har kännedom om hur maten tillagas. Det har också betydelse hur maten serveras. I Irak är det ofta den person i familjen som har störst inflytande som serverar och lägger upp maten i skålar och på tallrikar. Det medför att det kan vara svårt att som enskild familjemedlem be om mindre portioner eller säga nej till påfyllning vilket skulle medföra avsteg från de sociala normerna som råder i familjen.

Många invandrare från mellanöstern röker vattenpipa i högre utsträckning än vad som är vanligt i vår kultur. När vi pratar tobaksvanor med våra patienter är det viktigt att inte glömma att aktivt fråga efter om de röker vattenpipa som annars riskerar att inte kommer fram i samtalet.

"Vi vårdgivare måste öka vår kunskap om andra kulturer, om hur levnadsvanorna ser ut, om de hinder som kan finnas till förändring av levnadsvanorna och om de sociala och kulturella normer som råder i icke-västerländska kulturer."

Vad gäller fysisk aktivitet föreligger för muslimska kvinnornas del ofta kulturella och sociala hinder för motion [9]. En muslimsk kvinna kan oftast inte vistas i samma motionsanläggning som män även om hon bär kläder såsom religionen förespråkar. Studier har också visat att det finns en föreställning bland muslimska kvinnor att det är mycket ohälsosamt för kroppen att sveltas och att man därför bör undvika motion [9]. Här är vårdgivarens roll central att aktivt stötta till beteendeförändring, dvs. att han/hon tar sig tid att berätta att det är naturligt att hjärtat slår snabbare, att man sveltas när man anstränger sig och att det inte är farligt att anstränga sig utan snarare är ohälsosamt att inte anstränga sig.

Psykosocial ohälsa bidrar till svårigheter för patienten att lägga om sina levnadsvanor. Det finns också det omvända förhållandet, dvs. att psykisk ohälsa försämrar/inte förbättras av ohälsosamma levnadsvanor. Depression och ångest kan yttra sig annorlunda än hos icke invandrade svenskar vilket vi bör vara uppmärksamma på och lägga tid på att identifiera.

I syfte att nå en hälsosam förändring av levnadsvanorna kan det vara av värde att vid samtal med patienten även involvera övriga familjen i diskussion kring levnadsvanorna för att



Att äta ägg – en mångkulturell gärning

identifiera vilka hinder som finns till livsstilsförändring och gemensamt hitta lösningar som överbryggar dessa hinder.

Sammanfattningsvis har många vårdgivare i Sverige idag låg kännedom om de sociala normer och levnadsbetingelser som råder bland invandrare från utomeuropeiska kulturer såsom mellanöstern och Afrika. I kombination med den höga diabetesrisken i dessa grupper (vilka för övrigt representerar en hög andel av den svenska befolkningen) medför det en stor utmaning för samhället men även primärvården framöver. För att minska risken för framtida diabetes, diabeteskomplikationer och tidig död ibland dessa högriskgrupper av svenskar måste mer aktiva insatser till än vad som görs idag. Vi vårdgivare måste öka vår kunskap om andra kulturer, om hur levnadsvanorna ser ut, om de hinder som kan finnas till förändring av levnadsvanorna och om de sociala och kulturella normer som råder i icke-västerländska kulturer.

Upplever man som vårdgivare svårigheter att hjälpa sin patient att nå en framgångrik behandling kan man behöva ta råd och hjälp från vårdpersonal som regelbundet arbetar med patienter från andra kulturer, t.ex. läkare och diabetessköterskor som har erfarenhet av arbete inom Flyktinghälsan (i Malmö) eller på vårdcentraler eller hälsoenheter i invandratäta områden. Ökar vi vår kompetens att stötta patienter från andra kulturer till hälsosammare levnadsvanor så ökar vi möjligheterna för våra patienter att nå hälsosammare levnadsvanor och minskad diabetesrisk. Sist men inte minst bidrar ett ökat kunnande till en vård på lika villkor.

Referenser

1. Wandell PE, Carlsson A, Steiner KH. Prevalence of diabetes among immigrants in the Nordic countries. *Curr Diabetes Rev* 2010; 6:126-133.
2. Neuhauser ML, Thompson B, Coronado GD, Solomon CC. Higher fat intake and lower fruit and vegetables intakes are associated with greater acculturation among Mexicans living in Washington State. *J Am Diet Assoc* 2004; 104:51-57.
3. Lyssenko V, Jonsson A, Almgren P, Pulizzi N, Isomaa B, Tuomi T, et al. Clinical risk factors, DNA variants, and the development of type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359:2220-2232.
4. Mezuk B, Chaikiat Å, Li X, Sundquist J, Kendler KS, Sundquist K. Depression, neighborhood deprivation and risk of type 2 diabetes. *Health Place* 2013; 23:63-69.
5. Bennet L, Groop L, Lindblad U, Agardh C-D, Franks P. Ethnicity is an independent risk indicator when estimating diabetes risk with FINDRISC scores: A cross sectional study comparing immigrants from the Middle East and native Swedes. *Primary Care Diabetes* 2014.
6. Statistiska Centralbyrån. <http://www.scb.se>.
7. International diabetes federation. <http://www.eatlas.idf.org>
8. Hjärleifsdottir-Steiner K, Satman I, Sundquist J, Kaya A, Wandell P. Diabetes and impaired glucose tolerance among Turkish immigrants in Sweden. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 92:118-123.
9. Sodergren M, Hylander I, Tornkvist L, Sundquist J, Sundquist K. Arranging appropriate activities immigrant women's ideas of enabling exercise. *Womens Health Issues* 2008; 18:413-422.

Louise Bennet

Docent

Allmänmedicin, Institutionen för
Kliniska Vetenskaper i Malmö, Lunds
universitet

louise.bennet@med.lu.se



Fågelägg måste ha ingått i människors föda under evolutionen, långt före Hedenhös. Ägg är färdigförpackade med lång hållbarhet. Läger man dem i vattenglas, som under kriget, kan de efter flera års lagring duga till pannkaks-smet (egen erfarenhet).

En sökning på nätet ger vid handen att äggätande på våren är en mångtusenårig tradition, spridd över stora delar av jorden. Ägget är symbol för liv, fruktsamhet och växtkraft. Linné hade ett ägg i sitt vapen.

Ägget ingår i flera skapelseberättelser. Den egyptiska guden Amon föddes ur det ägg han själv hade skapat – han skapade ordning ur det ursprungliga kaos. Solguden Ra skapades ur kaos som ett skinande ägg. I den japanska mytologin formade sig världen till ett ägg då den skapades ur kaos. Kinesiska Pangu föddes i mörker och kaos inuti ett ägg där han sov i 18 000 år innan han klöv det med en yxa. I grekisk mytologi föddes jorden ur urägget. Den romerske kärleksguden Eros föddes ur ett ägg.

Ägget kan vara en symbol för pånyttfödelse. På etruskernas sarkofaglock finns de döda avbildade med ett ägg i handen. Även den uppståndne Kristus symboliseras med ett ägg.

Under vintern upphör ”naturligt” uppfödda hönor att lägga ägg. När ljuset och maten kommer åter börja de värpa igen. Det är på våren, i närheten av vårdagjämningen, som påskäggs-traditioner är förlagda. I Skåne har man haft så gott om ägg att man kunnat leka med dem.

I judendomen symboliserar ett hårdkokt ägg det hårda livet som judarna hade under slaveriet i Egypten. På påskaftonen inleds måltiden med att alla äter ett hårdkokt ägg doppat i saltvatten.

Fastan inför påsken, som infördes i kristendomen på 400-talet, innebar att äggen måste lagras. När fastan bröts var det fritt fram att frossa i ägg.

Seden att dekorera ägg tycks också vara mycket gammal. De symboler som målas på äggen i Ukraina härstammar från förkristen tid. Grekiskortodoxa färger äggen röda på påskdagen – man anser att Maria Magdalena målade ett ägg rött som symbol för Kristi blod.

Att ge bort målade ägg har varit vanligt. Numera har de ersatts av godisfyllda pappägg. Längst i den genren gick de sista ryska tsarerna. De 57 Fabergéägg var gjorda av guld och ädelstenar.

Numera är ägg vardagsmat året om. Dagens äggproduktion kräver stora mängder energi och hönorna har ofta en orimlig livsmiljö. Låt oss ändå hoppas att dina påskägg har värpts av friska hönor som får sol och ljus och får gå fritt omkring och plocka i sig näringsrik föda.

Ingrid Eckerman

chefredaktor@sfam.se



Annons 3

Prolia

Depression hos äldre på vårdcentral

Patientcentrerad konsultation bra verktyg för diagnostik

Det är vanligt att äldre med depression söker vårdcentralen för olika kroppsliga åkommor. Det kan vara svårt för läkaren att urskilja att en depression ligger bakom besvären. Eftersom det finns flera behandlingsalternativ med god effekt vid depression är det viktigt att upptäcka äldre individer som har mildare former av depression.

Idag rekommenderas att man inte använder väntrumsscreening eller screening för att upptäcka depression i primärvården eftersom det, oavsett ålder, inte påverkar behandlingsresultatet [1]. De nationella riktlinjerna för omhändertagande av patienter med depression i primärvården understryker vikten av att erbjuda ett varierat vårdutbud, att ha tillgång till

personal med adekvat kompetens, tillgänglighet, kontinuitet och trygghet men lyfter också fram konsultationen som ett viktigt arbetsredskap [2].

I en studie på Vårdcentralen Brämaregården i Göteborg jämfördes en patientcentrerad konsultationsmodell [3] med ett

screeninginstrument för att undersöka hur väl modellen fungerade för att upptäcka mildare former av depression hos äldre. Förekomst och faktorer associerade med depressiva symtom och med diagnosen mild till måttlig depression studerades och depressionsförloppet observerades under två år. Optimalt tröskelvärde för ett självskattningsinstrument undersöktes också avseende mild till måttlig depression.

Metod

Alla patienter, 60 år eller äldre, som besökte vårdcentralen tillfrågades om att delta i studien. Samtliga accepterade – 207 kvinnor och 95 män. De fick fylla i två frågeformulär (MADRS-S och PRIME-MD PF) och fick därefter träffa en allmänläkare som använde en patientcentrerad konsultationsmodell med sju nyckelfrågor (se faktaruta). Med hjälp av blodprover och minnestest uteslöts somatiska sjukdomar och demens. De som bedömdes ha depression enligt PRIME-MD PF eller enligt läkarbedömning fick komma på återbesök. MADRS-S användes för jämförelse av de två diagnosmetoderna.

Resultat

Konsultationsmodellen hade något lägre sensitivitet än screeningformuläret PRI-

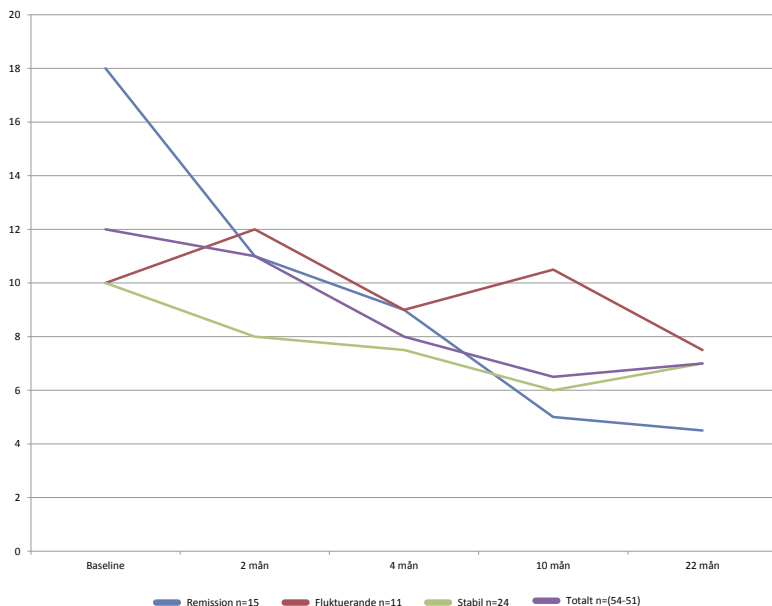


Mild to moderate depression in the elderly in primary care – detection, patient centeredness and course. Disputation vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet den 15 november 2012. Huvudhandledare Professor Cecilia Björkelund.

ISBN 978-91-628-8571- 7.

Avhandlingen finns att läsa på Göteborgs universitets hemsida: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/29723>.

Medianvärden för MADRS-S-poäng vid start och vid fyra uppföljande besök, för grupper med övergående, fluktuerande och stabil depression.



Tabell 1.

Testegenskaper för konsultationsmodellen och PRIME-MD (frågorna 17-18 och 17-21) jämfört mot MADRS-S.

	Sensitivitet	Specificitet	Positivt prediktivt värde (PPV)	Negativt prediktivt värde (NPV)
Konsultationen	78%	81%	43%	95%
PRIME-MD 17-18	98%	54%	28%	99%
PRIME-MD 17-21	100%	52%	27%	100%

"Nyckelfrågor" i patientcentrerad konsultationsmodell

Modifierat efter K Malterud.

- Vad är det som gör att du kommer idag?
- Vad har du själv för funderingar om vad som är ditt problem?
- Vad tror du är orsaken till ditt problem?
- Är det något särskilt du är oroad eller bekymrad för?
- Vad har du hittills provat att göra åt problemet?
- Vad har du tänkt att jag skulle kunna hjälpa dig med?
- Är det något ytterligare du skulle vilja ta upp idag?

ME-MD PF men högre positivt prediktivt värde för att upptäcka depressiva symtom. Flera faktorer, som att inte ha en partner, att inte ha fritidsaktiviteter, att ha blivit änka/änkling eller att ha upplevt livshändelser av betydelse under senaste året och att regelbundet använda sömnmedel och/eller lugnande mediciner, var associerade med både depressiva symtom och diagnosen mild till måttlig depression. Detsamma gällde kroppsliga symtom. Tre olika depressionsförlopp observerades: remission, fluktuerande och stabilt (Figur 1). Knappt hälften av patienterna hade depressiva symtom vid första besöket. Samtliga patienter med mild till måttlig depression hade blivit bättre efter två år, men var femte patient i uppföljningsgruppen utvecklade en kronisk depression. Det optimala trös-

kelvärdet beräknades till MADRS-S ≥ 9 i denna population.

Diskussion

Allmänläkarna har under många år uppmannats att bli bättre på att upptäcka äldre patienter med depression genom att använda olika typer av screeninginstrument. Utvärderingen i studien visade att konsultationsmodellen fungerade väsentligen lika bra. Den hade något lägre sensitivitet och missade var femte patient jämfört med PRIME-MD PF, men den hade högre positivt prediktivt värde, vilket minskade behovet av antalet uppföljande diagnostiska intervjuer med ungefär hälften. Ur ett kliniskt perspektiv är det en mer rimlig uppföljande arbetsinsats jämfört med att använda screeninginstrumentet. Båda metoderna hade högt negativt prediktivt värde, det vill säga att de var bra på att utesluta depressiva symtom.

Flera psykosociala faktorer ökade risken att utveckla en lindrig till måttlig depression. Risken var också större för dem som haft en depression tidigare i livet och för dem som regelbundet använde sömnmedel eller lugnande mediciner. Att 70 % av patienterna med depressiva symtom gjorde det överraskade och kan signalera oupptäckta eller underbehandlade depressioner. Att uppleva sin hälsa som god och att ha fritidsaktiviteter minskade risken för depressivitet.

Att alla förbättrade sin MADRS-S poäng kan bero på att uppföljningen i sig är viktig, vilket tidigare är visat, men också på det statistiska fenomenet "regression to the mean".

Slutsats

Allmänläkaren kan i sitt vardagsarbete

använda den patientcentrerade konsultationsmodellen för att öka möjligheterna att upptäcka äldre individer med depression. Genom att göra upprepade bedömningar över tid och utifrån kunskapen om att flera somatiska symtom och psykosociala faktorer påverkar risken för depression kan allmänläkaren också identifiera patienter med störst risk för försämring och dålig prognos. Som komplement och stöd för diagnos kan självskattningsinstrument användas, möjligen med justering av befintliga gränsvärden i denna åldersgrupp.

En mer utförlig version av denna artikel är tidigare publicerad i Svensk geriatrik 2/2013.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 [20120710]; Available from: www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4/.
2. Stewart M. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Abdingdon, U.K. 2003.
3. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: A meta-analysis. CMAJ 2008;178(8):997-1003. Epub 2008/04/09.



Maria Magnil

Capio Husläkarna, Kungsbacka
mariamagnil@hotmail.com

Sammanfattning

- Distriktsläkarens öppna frågor i konsultationen var mer resurssparande än ett depressionsfrågeformulär för att upptäcka depression hos äldre på vårdcentral.
- Regelbunden användning av sömn- och/eller lugnande medicin kan signalera depression hos äldre.
- Bedömning av äldre patienters symtom, även somatiska, behöver ske utifrån ett vidare perspektiv relaterat till kunskapen om att flera psykosociala faktorer påverkar risken för depression.
- Att ha fritidsaktiviteter och att uppleva sin hälsa som god var "skyddande faktorer".
- En majoritet av patienterna med mild till måttlig depression sökte för andra orsaker än depressiva symtom.
- 20 % hade symtom på depression efter två år. Det återstår viktig forskning för att studera karaktäristika relaterat till olika depressionsförlopp.
- Att sänka tröskelvärdet för MADRS-S kan vara av värde vid bedömning av depressiva symtom hos äldre patienter i primärvården.

Ett gott exempel på allmänmedicinsk forskning

Maria Magnils avhandling är en viktig kartläggning och studie av en grupp som är vanlig i primärvården – den äldre patienten som söker med många somatiska symtom och där mild till måttlig depression kan vara en av de bakomliggande orsakerna till symtomen. Många önskar att vi i primärvården skall screena med psykologiska instrument för att klarlägga vilka individer som sannolikt har depression.

Vad Maria visar i sin avhandling är att den patientcenterade konsultationen är effektivare att använda i primärvården om man vill screena efter mild till måttlig depression hos äldre (> 60 år). Även om läkaren vid första besöket missar depressionsdiagnosen i vart femte fall är det sammantaget betydligt färre falskt positiva utfall, vilket gör den patientcenterade metoden till en betydligt säkrare och mer tillförlitlig metod än att screena många med formulär.

Det som också gör studien ganska unik är att samtliga till-

frågade, dvs. alla individer över 60 år som sökte på vårdcentralen under en tiomånadersperiod, deltog i studien. Alla som tillfrågades om deltagande var villiga att delta och det var inget bortfall! Den höga deltagarfrekvensen gör att representativiteten var hög. Att det blev så hög deltagarfrekvens berodde sannolikt dels på att deltagarna hade kännedom om vårdcentralen och hade sökt flera gånger tidigare i samband med andra hälsoproblem, dels på att det fanns kontinuitet.

Maria fullföljde också kontinuiteten under en lång tidsperiod och följde de deltagare som visade sig ha depression. Hon kunde då visa att screeninginstrumenten sannolikt har för hög nedre gräns för äldre personer med depression.

Läs och begrunda avhandlingen som är ett gott exempel på allmänmedicinsk klinisk forskning!

Cecilia Björkelund
Professor



LOGGA IN OM SFAM IN ENGLISH

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄN MEDICIN

Hem Föreningen Aktuellt Kalendarium Kurser Tidskrifter

Kommande händelser
30 March, 2013
Manusstopp AllmänMedicin
2/2014

VILL DU ANVONDERA PÅ sfam.se?
KONTAKTA HELEN SEMMELHOFFER
helen@medfakhuset.se

Läs AllmänMedicin på nya hemsidan!

Där lägger vi ut material som ledare, debattartiklar, personnytt och krönikor. Om en artikel förkortats i AllmänMedicin, t.ex. med ofullständig referenslista, lägger vi ut den kompletta artikeln på hemsidan.

Lämna dina kommentarer – på hemsidan eller på Ordbyte!

www.sfam.se/allmanmedicin

Ny hemsida
Som du kanske märker har vi en ny hemsida! Läs mer om varför, hur och hur vi ska fortsätta förbättra den. Här kan du även lämna synpunkter.

Uppmaning till mina vuxna döttrar



Så är man alltså psykiater. Man är i det här fallet jag. Er pappa. Överläkare gudbevars. Befordringsgången är kort. Bakjour blir du omedelbart. Betänketid saknas och inskolning är manne ett ålderdomligt begrepp.

Och här någonstans börjar karusellen. Runt, runt så att du lätt blir både yr och illamående. Var börjar eländet egentligen? Och var slutar psykiatrins långa arm att förlora sitt fotfäste och sin innebörd? Frågor. Och många fler.

Där det efterhand visar sig att kanske fyra femtedelar av mina kvinnliga patienter varit utsatta för signifikanta övergrepp av sexuell natur. Ja. Om de nu inte blivit våldtagna som förskolebarn har de utsatts för systematiska kränkningar senare i livet. Inte alla. Men en skrämmande hög andel.

Vid det här laget har jag två handgripliga och yrkesmässigt förankrade perspektiv på kvinnlig förnedring. Det ena som allmänläkare. Det andra som psykiater.

Som allmänläkare ägnade jag en hel del möda åt kvinnor med olika former av smärttillstånd. Plågor som inte kunde förklaras med vanliga åthävor. Värk kort sagt. Smärta. För att nu fördjupa. Och undantagslöst med historier som direkt eller på omvägar beskrev kränkningar, övergrepp, intrång i personlighet och angrepp mot självkänslan.

Margareta Renberg, poet och konstnär, formulerar något annat. En motrörelse som visst kan avse en samhällelig process i första hand men kanske också ge kropp åt en individuellt klädd revansch.

*”Skinnet är oåterkalleligen deflorerat.
Enda utvägen är att fullfölja arbetet
med tatueringar över hela kroppen.
Enda utvägen är att strypa tatueringen
med sladden till hans elektriska nål
och överta produktionsmedlen.”*

Kränkningar och sexuella övergrepp är inga tillfälligheter. Offren inte i första hand en psykiatrisk diagnostisk angelägenhet. Och detta är en del av mitt perspektiv även om glasögonbågarna skaver. Samhällskroppen har helt enkelt problem. Stora

sådana. Manligheten eller snarare våra patriarkala normer och strukturer är ett bekymmer. Och spiller ut sina plågor som på projektionsdukar bland kvinnor och barn. Liksom åter på oss själva dvs. du och jag som män.

Vad ska vi ge dessa kvinnor för råd? Ett vet jag. Ett är faktiskt övertygande statistik. Det är att de aldrig skall vara hemma.

Det är nämligen mer eller mindre undantagslöst i hemmet, med nära bekanta, som våldet utspelar sig.

Naturligtvis bör de strypa tatueringen. Men i övrigt är mitt råd till alla kvinnor inklusive mina två egna vuxna döttrar bara detta:

– **Stanna inte hemma!** Bosätt er hellre i någon mörk jävla park! Eller i ett fucking parkeringsgarage! Som man kanske skulle framföra saken på frodig nysvenska.

Hälsar pappan



Torsten Green-Petersen
Allmänläkare och psykiater
Gotland och Östersund
tgp@telia.com



Torsten Green-Petersen är fritidsfotograf och har tagit fotot till denna artikeln föreställande en Brun kärnhök Circus aeruginosus. Bilden är från 1K Austerviken oktober 2013. För fler vackra fågelbilder, besök hans hemsida: www.fagelsblick.com

Ta med kameran till kongressen!



Chefredaktören hinner inte bevaka allt som händer. Jag tar gärna emot bilder av föreläsare och andra personer och motiv.

Kameran bör vara av god kvalitet och ge

högupplösta bilder. Gå så nära motivet du kan och/eller använd zoom. Ta gärna flera bilder och välj den bästa.

Skicka bilderna som bifogade filer till

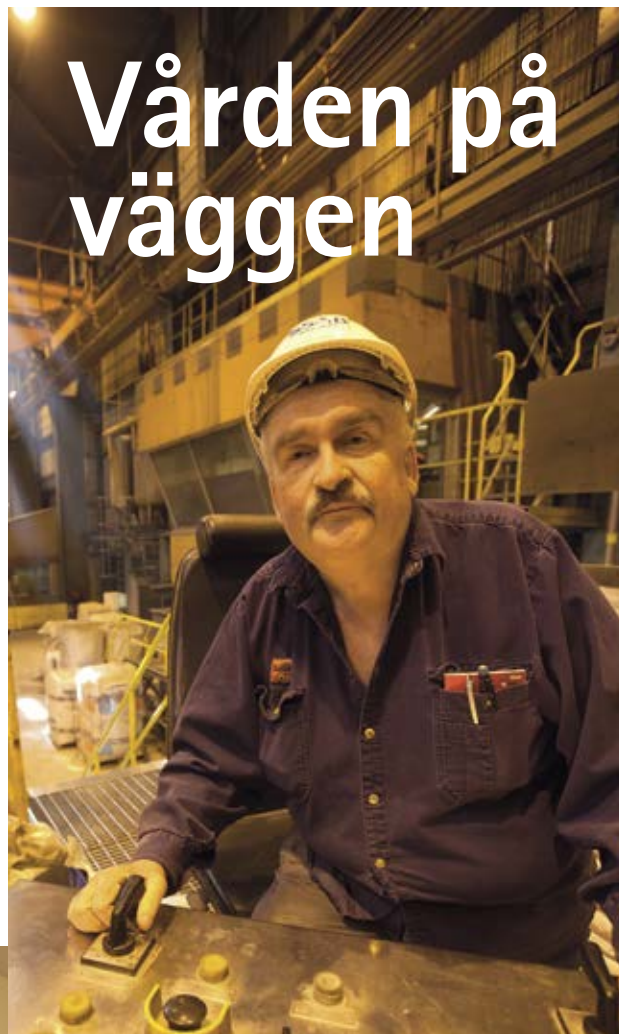
chefredaktor@sfam.se. Glöm inte tala om fotografens namn, namnet på personerna på bilden och sammanhanget. Är bilden stor kan Dropbox eller Sprend användas.



Fotografen Boris Ersson följde arbetet på Örnäsets vårdcentral under ett år. Ett 40-tal fotografier monterades på vårdcentralens väggar. Projektet kallas "Vården på väggen".

Boris Ersson
Fotograf
allmänläkarmake, Luleå
boris.ersson@gmail.com

Här är patienten Bertil Boström på sin arbetsplats, järnverket i Luleå. Vårdcentralen samarbetar med Bertils arbetsplats i behandlingen av hans alkoholproblem.



Vården på väggen



Distriktssköterskan Kristina Nilenstrand mäter blodtrycket på Bertil Boström som varje vecka får antabusbehandling för sina alkoholproblem.

Annons 4

Betmiga – När kunde du...

Balintgrupp – från frustration till förståelse

– kanske via en liten men betydelsefull förändring av din personlighet?

Psykoanalytikern Michael Balint ansåg att en god läkar-patientrelation är ett verkligt läkemedel i sig. Han introducerade handledningsgrupper för allmänläkare för att med psykodynamisk grund diskutera problematiska patientfall. Balintgrupper finns nu i många länder. I balintgrupperna finns möjlighet till reflektion och eftertänksamhet, vilket gynnar ett patientcentrerat arbetssätt och känslan av kontroll i arbetet.

Vi vet alla att ett patientcentrerat arbetssätt är ett av allmänläkarens viktigaste verktyg. Det ger tyngd, trygghet och stabilitet i mötet med patienten, i bedömning och behandling. Vi vet också att ett genuint patientcentrerat arbetssätt fordrar mycket av oss. Förvisso gör det arbetet enklare, roligare och mer effektivt, men samtidigt kanske också svårare och mer krävande.

Ju mer vi lyssnar desto mer får vi veta och desto mer måste vi vara beredda på att ta emot. Vi kommer våra patienter närmare, vi får höra många och skilda berättelser ur vardagen, många av dem komplicerade och smärtsamma, några kanske tangerande våra egna livshistorier. Vi tar del av känslomässiga reaktioner i

ett mycket brett spektrum. En del lätta att förstå, leva sig in i och bemöta på ett adekvat sätt. Andra obegripliga, svåra att hantera, motsägelsefulla, förvirrande. Egna blinda fläckar kan spela oss spratt, plötsligt är det någonting i mötet med patienten som får oss ur balans, får oss att reagera barnsligt istället för vuxet och professionellt. Känslotillstånd hos patienten kan smitta av sig utan att det når vårt medvetande, man kan bli obegripligt orolig, irriterad, trött eller nedslagen.

Även med stora portioner av allmänmedicinsk kompetens, av lugn, tålmod, tid, självkänedom och personlig mognad, ramlar vi alla ibland ned i fallgropar och från dem är det svårare att hjälpa patienten.

Genom att upprätthålla ett aldrig sinande intresse för patient-läkarmötets natur, att alltid nyfiket och förutsättningslöst undersöka och försöka förstå händelseutvecklingen i relationen, när man långt, men detta är många gånger lättare sagt än gjort. Framför allt är det svårt att få till på alldeles egen hand.

Den första personen vi kan ta hjälp av är naturligtvis patienten själv. Kanske kan vi få till en reflektion tillsammans,

Vill du läsa mer?

Se föreslagen litteratur i referenslistan. Titta gärna även på dessa hemsidor: Svensk förening för medicinsk psykologi www.sfmp.se
International Balint Federation
www.balintinternational.com

ett metasamtal; vad är det som händer när vi möts? Ett annat sätt kan vara en förtroendefull diskussion med kloka kollegor, kanske över en kopp kaffe på arbetsplatsen eller i mer organiserad form på möten eller vid fortbildningstillfällen. Ett alldeles utmärkt sätt att tillgodose behovet av möjlighet till reflekterande på djupet är att vara med i en balintgrupp. Här nedan ges en introduktion till sådan verksamhet.

Balintgruppens historia i korthet

Michael Balint (1896-1970) var en ungersk läkare och psykoanalytiker. Han var från början biokemist och lade fram en avhandling inom det ämnet. Intresset för psykologiska skeenden och för patientläkarrelationen utvecklade han tidigt, delvis inspirerad av sin far som var allmänläkare i Budapest. Så småningom kom han att bli psykoanalytiker, utbildad bland annat hos den ungerske analytikern Sandor Ferenczi, som i sin tur varit adept hos Sigmund Freud. Av politiska skäl lämnade Michael Balint Ungern på 1920-talet och var verksam i Berlin, sedan återigen i Ungern.

Redan på 1930-talet i Budapest började han med de första seminarierna för allmänläkare. 1939 blev han åter nödgad att lämna hemlandet och flyttade då till England och kom så småningom att arbeta vid Tavistock-kliniken i London. Där startade han på 1950-talet tillsammans med sin tredje hustru Enid Balint "training-cum-research"-grupper med syfte att undersöka psykodynamiska skeenden



Författarens balintgrupp. Från vänster Ingrid Wermelin (gruppledare), Helene Hammer, Åsa Andersson, Katarina Ringström och Iren Wilson Lundström. Foto: Tina Nyström Rönnäs



Till Balintkonferensen i Stockholm maj 2013 kom deltagare från Finland, Danmark, Norge, England, Tyskland, Holland, Belgien, Israel, USA och Sverige. Här på besök i kolonistugeområdet Odlaren, Sköndal. Foto: Tina Nyström Rönnsås

i patient-läkarmötet och dess betydelse för vården.

Balints grundidé var att relationen spelar en många gånger avgörande roll i diagnos- och behandlingsprocessen och att läkaren själv utgör det mest använda läkemedlet av alla ("The Drug Doctor"). I dessa grupper samlade han allmänläkare som under hans handledning regelbundet träffades för att tala om patientfall som läkarna upplevt problematiska. I grupperna försökte man tillsammans förstå dynamiken i samspelet mellan läkare och patient, det uppmuntrades till lyssnande på djupet och ett patientcentrerat arbetssätt.

"Läkaren, patienten och sjukdomen"

Sina erfarenheter och lärdomar från dessa första seminariegrupper skrev Michael Balint ned i den numera klassiska boken "The Doctor, his Patient and the Illness" (1957). Här finns många kloka uttryck myntade:

"The Drug Doctor" – se ovan. Hur doserar vi oss själva på bästa sätt?

"The dilution of responsibility" och "The collusion of anonymity" – om det bedrägliga i, eller risken med, att remittera till specialister. Plötsligt kan patienten ha hamnat mellan stolar, ingen tar det övergripande ansvaret.

"The perpetuation of the teacher-pupil-relationship" – om det många gånger onödigt dåliga allmänläkar-självförtroendet i förhållande till specialistkollegor. På grund av det kan patienter fara illa.

"... a considerable though limited change in the doctor's personality" – om vad som krävs för att verkligen lära sig lyssna på patienten. Detta är enligt Balint bland annat vad som uppnås genom deltagande i balintgrupp (som ju inte kallades

så på hans tid utan seminarier eller training-cum-research-grupp).

"Mutual investment company" – om möjligheterna som finns i en varaktig och förtroendefull patient-läkarkontakt.

"The doctor's apostolic function" – om risken att oreflekterat låta sina egna personliga värderingar styra val av bemötande och behandling (det gäller att bli medveten om sina egna värderingar för att se när detta kan hända).

Boken kan varmt rekommenderas!

Denna handledningsmetod har där efter spridits och fått fotfäste i många länder i världen. Nationella balintföreningar finns bland annat i England, USA, Holland, Australien, Belgien, Rumänien, Österrike, Kroatien, Nya Zeeland, Sverige, Finland, Danmark, Belgien, Frankrike, Tyskland, Ungern, Israel, Italien, Portugal, Ryssland, Serbien och Schweiz. The International Balint Federation anordnar regelbundet internationella kongresser med mycket stimulerande föreläsningar och seminarier (där bland annat möjlighet ges att få hjälp med besvärliga fall av kollegor från hela världen).

Hur går det till och vad är syftet?

I en balintgrupp träffas 6-10 allmänläkare regelbundet (vanligen två timmar en gång per månad) under flera års tid för att diskutera situationer i sin kliniska vardag de upplevt svåra. Handledaren har en psykodynamisk utbildning i botten eller motsvarande kunskap och erfarenhet. Meningen är att man i en trygg miljö skall ha möjlighet att berätta om möten som varit knepiga, svåra att hantera, väckt känslor svåra att förstå sig på.

Kollegorna i gruppen lyssnar hörsamt på berättelsen och reflekterar och fantiserar sedan tillsammans om mötet. Vad hände här egentligen? Vad kan det vara som gör doktorn så irriterad eller nedslagen? Vem är patienten? Vad har hon för historia med sig? Hur kommer det sig att hon agerar som hon gör? Den falldragande doktorn får sitt problem belyst ur många vinklar, får hjälp att dela bördan och kan ofta vända tillbaka till mottagningen lugnare, mer nyfiken och beredd på nästa möte med patienten. Syftet med grupperna är alltså i första hand att kunna erbjuda patienten bättre vård. Som bonus får man ofta en doktor som mår bättre.

Det finns en hel del forskning som visar på positiva effekter av att vara med i balintgrupp. Dorte Kjeldmand, allmänläkare

i Eksjö, lade 2006 fram sin avhandling "The Doctor, the Task and the Group". I denna visas bland annat att allmänläkare som är med i balintgrupper upplever högre grad av kontroll över sin arbetssituation än kollegor som inte har denna form av handledning. De upplever inte heller patienter med psykosomatiska besvär lika svåra att hantera och de beställer i mindre utsträckning prover/skriver remisser för att avsluta konsultationen. I en kvalitativ studie visade Dorte Kjeldmand också att allmänläkare anser att deltagande i balintgrupp har positiv inverkan på kompetens i patientmötet och gjorde att de fann allmänläkararbetet mer utmanande och roligt.

Balintverksamhet i Sverige

Dorte Kjeldmand gjorde vid tiden för sin avhandling en undersökning av hur många pågående balintgrupper som fanns i Sverige, det var 30-40 stycken. Hur många som är igång nu är inte helt klarlagt. Flera Balintgrupper i Sverige har varit igång mer än tjugo år – vissa med bara allmänmedicinspecialister som deltagare, andra med bara ST-läkare eller både och. Det finns också grupper för läkare inom andra specialiteter. I Stockholm, Skåne, Småland, Västra Götaland och Gävleborg pågår grupper, säkerligen också på andra ställen i landet.

I Stockholm har två balintgruppleddar-utbildningar genomförts, organiserade av bland andra psykiater/psykoanalytiker Anita Häggmark och allmänläkare Conny Svensson. Dessa utbildningar var två år långa (med undervisning en dag i månaden). Även i Skåne har en två-årig ledarutbildning genomförts. Den avslutades i juni 2013, under kursledning av psykiater/psykoanalytiker Stefan Balint

Ackreditering av Balintgruppleddare

Svensk förening för medicinsk psykologi (SFMP) har under 2013 utarbetat riktlinjer för ackreditering av Balintgruppleddare. För mer information se www.sfmp.se.

och allmänläkare Elisabeth Jaenson.

Sedan flera år pågår balint-inspirerade reflektionsgrupper för läkarstudenter på Karolinska Institutet i Stockholm, detta som ett led i studenternas strimma PU (Professionell Utveckling). Syftet med dessa grupper (som i stor utsträckning leds av erfarna balintgruppleddare) är att ge studenterna möjlighet att reflektera över sina egna och patienternas psykologiska reaktioner, att reflektera över studentroll och sjukvårdsorganisation samt att utveckla förståelse för vikten av självkännedom och personlig utveckling.

Dessa seminarier uppskattas högt av studenterna.

Det finns också reflektionsgrupper för AT-läkare i Eksjö, ledda av Dorte Kjeldmand. Möjligen är sådana grupper på gång även i Stockholmsregionen.

Svensk förening för medicinsk psykologi (SFMP) är en av delföreningarna i Sektionen för medicinsk psykologi i Läkarsällskapet. SFMP arbetar för att främja utveckling av medicinskt-psykologiska spörsmål inom sjukvården och bedriver ett aktivt arbete i Balintfrågor (se faktaruta).

Varför Balintgrupp?

På SFAM-kongressen "Etik & Evidens" i Stockholm i maj 2013 talade flera av föreläsarna om vikten av att reflektera över sin egen roll i vården. Nils Lynöe uppmanade oss i sin avslutningsföreläsning "Dolda värderingars påverkan av medicinska beslut" att vara observanta på om vi låter våra egna värderingar påverka den vård vi ger patienterna. Även Kirsti Malterud talade om att vi då och då bör se oss i spegeln och att vi bör sträva efter ökad kännedom om patienternas och våra egna känslomässiga reaktioner.

Stora möjligheter till reflektion av detta slag ges i balintgrupp. Likaså ges möjlighet till lek, fritt fantiserande, vila, eftertänksamhet och trygghet. Målet med grupperna är inte att hitta alltid lösningar

utan att utveckla förmågan till undersökande, till reflektion, kanske till att våga se världen i all sin outgrundlighet och komplexitet och att stå ut med att inte kunna allt.

Referenser

- Michael Balint. *The Doctor, his Patient and the Illness*. Churchill Livingstone 2000 (första utgåvan 1957). ISBN10: 0443064601 (Svensk översättning: *Läkaren, patienten och sjukdomen*. Studentlitteratur 1978. Slut på förlaget.)
- John Salinsky, Paul Sackin. *What are you feeling, Doctor?* Radcliffe Publishing Ltd 2003. ISBN 9781857759518
- Dorte Kjeldmand, Inger Holmström. *Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners*. *Annals of Family Medicine*. Vol 6, No 2, March/April 2008.
- Dorte Kjeldmand, Inger Holmström. *Balint training makes GPs thrive better in their job*. *Patient Education and Counseling* 55 (2004) 230-235.



Tina Nyström Rönnås
Sjöstadsdoktor, Stockholm
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktorn.se

Nätverk för Balint-intresserade och Balint-aktiva?

Leder du en Balintgrupp eller är du med i en? Hör gärna av dig till oss!

Tina Nyström Rönnås
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktorn.se

Dorte Kjeldmand,
kjeldmand@gmail.com

Med Balint i västerled och österled

Jag åkte till Heidelberg i södra Tyskland på en internationell Balintkongress (den 18:e världskongressen) för att se hur världssamfundet manifesterar sitt samarbete i en fråga som för en allmänläkare är den allra mest centrala – mötet med patienten.

"Världssamfundet", nå ja. International Balint Federation består av 23 medlemsländer från alla världsdelar utom Afrika. Nu träffades hundrafemtio balintintresserade i fyra dagar för att lyssna på föreläsningar och praktisera balintgrupparbete.

Balintgrupper har blivit ett begrepp och en verksamhet som spridit sig utanför allmänläkarkretsar till andra läkare, medicinstudenter, psykologer och andra

psykoterapeutiskt verksamma. Metoden har visat sig påtagligt effektiv, genom sin koncentrerade form och genom sin strävan till psykologisk förståelse av både patienten och läkaren.

I Sverige var psykiatern Lennart Kaij en pionjär. Han startade samtalsgrupper med studenter i Balints anda i mitten av 1970-talet. Sedan etablerades balintgrupper under de närmaste tio åren. Sverige har fått en relativt sett framträdande roll internationellt och har under sex års tid haft presidentposten i International Balint Federation genom psykoanalytikern Henry Jablonski. Antalet verksamma grupper i Sverige har varierat genom åren. I Skaraborg finns för närvarande fyra på-

gående balintgrupper för allmänläkare.

Min egen erfarenhet av balintgrupper (jag har varit med i två olika grupper och nu i samma grupp sen 1989) är att patienter som känns tunga när man ser dem i tidboken ("heart sinken patients") plötsligt kan bli spännande att möta när man själv ändrar förhållningssätt efter kollegors reflektioner i en grupp.

I Heidelberg deltog jag i en internationellt sammansatt balintgrupp som hann träffas ett flertal gånger under kongressen. Gruppens deltagare, allmänläkare och psykoanalytiker, kom från Tyskland, Ryssland, Schweiz och England och jag som ensam svensk. Några av de ryska deltagarna hade så begränsade kunskaper i



Utflykt med kongressdeltagare på torget vid kyrkan i Heidelberg.

engelska att allt tolkades. Till en början tyckte jag att det var ansträngande. Man fick prata i avgränsade satser och allt tog dubbla tiden. Uppenbarligen tyckte flera i gruppen samma sak. Efter några träffar lärde vi oss att hantera den nya situationen och kunde inse likheterna med att själva ha patienter med tolk. Det slog mig återigen, eftersom gruppens tolk var mycket skicklig, att en riktigt bra utförd tolkinsats kan vara bättre än ett

halvknackigt samtal på ett språk man är dålig på.

Det tog några träffar men tolken lärde sig att nyansera de olika deltagarnas egenheter och diskussionerna blev alltmer livaktiga mot slutet av kongressen. Slående var att nationella särdrag som dominerade i början ersattes av mer personliga skillnader och de nationella och kulturella olikheterna syntes överkomliga. Varianterna att hitta mötets kärna var flera. En rysk psykoterapeut sa "now, I am the patient" och spelade upp ett koncentrerat psykodrama som en utforskande föreställning om patienten.

En stor del av det omfattande programmet upptogs av föreläsningar. Presidenten själv Henry Jablonski försökte fånga vad som är det egentliga "limmet" i patient-läkarrelationen. Både i mötet med en patient och i balintgruppens interaktivitet finns en "förförelse" som är närmast oundviklig och som utgör relationens lim. Förförelsen är förstas i alla sunda terapeutiska relationer illusorisk men likväl en sorts återupprepning av tidiga mor (far)- barnrelationer. När den här återupprepningen av vad en människa har varit med om tidigare blandar sig i läkarkonsultationen kan en känsla av förvirring uppstå hos läkaren. Det här är allmängods för psykoanalytiskt skolade men också en kunskap som är viktig för allmänläkare. Henry Jablonski åskådliggjorde, genom Thomas Bernhards bok

"Ungångaren", risken att patienter upprepar sina barndomstrauman i mötet med läkaren. Läkaren kan omedvetet låta patienten fortsätta "tillbringa hela sitt liv i ett missförstånd".

Jag tänker på att vi i Sverige har ett bra empiriskt stöd för balintgruppers förmåga att hantera denna nödvändiga och riskfyllda förförelse. Dorte Kjeldmand, allmänläkare i Eksjö, har skrivit en fin avhandling ("The doctor, the Task and the Group" Uppsala 2006). Hon visar övertygande att balintgrupper "är bra för distriktsläkares arbetsliv som ett medel att hjälpa distriktsläkaren få kontroll över och trivas i sitt arbete".

I Tyskland har psykosomatisk medicin en annan innebörd och ställning än i Sverige. Och det var just på en psykosomatisk medicinsk klinik (där ineliggande "medicinpatienter" får tillgång till en bredare behandlingsarsenal än i Sverige) som kongressen höll till. En lätt freudiansk anda kunde anas; så fjärran från andan på ett svenskt sjukhus. I Heidelberg ligger också Institutet för Gerontologi och därifrån kom Andreas Kruse och berättade om äldre personer som potentiella rollmodeller (eller lärare) vid kriser i livet. Den gamle utvecklingsnestorn Erik H Erikson, som gärna anlade ett antropologiskt perspektiv, såg hur människor använde sitt eget åldrande som ett sätt att "skärpa sitt eget liv". Kruse argumenterade för att balintgrupper gärna kan vara sammansatta av olika åldrar och fann en koppling med den åldrande människan som rollmodell, med T S Eliots ord: "old man ought to be explorers".

Jo, den finns skäl att åka på den 19:e internationella Balintkonferensen 2015, men ta med en kompis så att du har någon att avhandla alla märkvärdigheter med under tiden.



Ignaz Semmelweis med sin upptäckt av vikten att tvätta händerna.



Björn Landström

Allmänläkare, Tidans Vårdcentral
bjorn.landstrom@vgregion.se;

Allmänmedicin vid Göteborgs universitet

Västra Götalands och norra Hallands primärvård ingår i det hälso- och sjukvårdsområde som är förbundet med allmänmedicinska enheten vid Göteborgs universitet. Här finns över 1,5 miljoner individer listade på mer än 200 vårdcentraler. Nästan alla vårdcentraler ingår i ett undervisnings- och handledningsnätverk för handledning av läkarstudenter på flera olika kurser. Många vårdcentraler är också engagerade i forskningsprojekt genom ett kraftfullt samarbete mellan enheten för allmänmedicin, primärvårdens FoU-enheter och vårdcentralerna.

Stort och tätt nätverk av handledare

Allmänmedicinska enheten har ett väl fungerande samarbete med regionernas distriktsläkare och vårdcentraler. I överenskommelsen som varje vårdcentral ingått med Västra Götalandsregionen finns stipulerat regelbunden medverkan i läkarutbildningen. VG-regionens primärvård subventionerar handledningsåtagandet med lika stor summa som ersättningen till vårdcentralen via ALF-undervisningsmedel, vilket gör att vårdcentralernas handledarinsatser inte

blir ekonomiskt betungande i vår konkurrensutsatta primärvårdsverksamhet. Även handledningsintresserade distriktsläkare och ST-läkare drar in inkomster till vårdcentralen!

"Det är oerhört stimulerande att få arbeta gemensamt och se nästa generation allmänmedicinska forskare växa fram."

Ett stort nätverk av handledarutbildade allmänläkare medverkar till att göra handledningen på vårdcentralerna till en av de mest uppskattade kliniska delarna av läkarutbildningen. Varje år är mer än 700 studenter ute på kliniska placeringar i primärvården och mer än 300 handledare engagerade. Tack vare samarbetet mellan administrativt ansvariga i regionen, vårdcentralerna och enhetens adminis-

tratorer och lärare fungerar denna stora undervisningsorganisation smidigt. Det är sällan som vi lärare måste "jaga" efter placeringar för studenterna.

Handledarna kan erhålla pedagogiska högskolepoäng för sin handledarinsats genom att, utöver att delta i de obligatoriska handledarutbildningarna som är specifika för varje kurs, göra en egen skriftlig pedagogisk redovisning och reflexion över sin handledning. Vi hade i december 2013 vår första examination av 16 handledare i 3-hp-kursen "Handledning av medicine studerande i verksamhetsförlagd utbildning".

Enheten är ansvarig för kurserna tidig yrkeskontakt (TYK) 1-4, som ges under en vecka per termin under de fyra första terminerna i läkarutbildningen. Studenterna handleds på vårdcentraler i grupper om fyra under första och fjärde terminen. Under termin två har de en veckas handledning på sjukhus i hela regionen.

TYK-kurserna följs under femte terminen av kursen i konsultationskunskap, där studenterna handleds i konsultationsmetodik under två veckor på vårdcentral och en vecka på sjukhus.

På termin nio ges kursen i allmänmedicin där studenterna är ute en och en



Medicinstudenter på Kliniskt träningscenter vid Sahlgrenska Akademin tränar samtal med patient.

Foto Johan Wingborg, Göteborgs universitet.



Hälsovetarbacken.

på vårdcentral och får specifik handledning i allmänmedicinsk handläggning. Studenterna ska självständigt genomföra allmänmedicinska konsultationer med handledarfeed-back. I kursen ingår allmänmedicinska föreläsningar, case-undervisning, redovisningar av egna patientmöten samt skriftlig examination. Kursen är mycket uppskattad, framför allt för den avancerade handledningen under vårdcentralstiden – ”den bästa under hela läkarutbildningen”.

Kursen i allmänmedicin är mycket uppskattad för handledningen under vårdcentralstiden – ”den bästa under hela läkarutbildningen”.

Allmänmedicin är engagerad i den ett-åriga utbildningen för läkare från länder utanför EU. Sexton läkare med utländsk examen tas in varje år som efter godkänd examen kan söka svensk AT-tjänst. Vi är även verksamma i folkhälsovetenskapliga programmet och folkhälsoepidemiologiska forskarutbildningen.

Vi är ett femtontal lärare som arbetar i undervisningen. De flesta är specialister i allmänmedicin och tjänstgör som distriktsläkare. Vi har också specialister i geriatrik, psykiatri och medicin som

lärare i kurserna tidig yrkeskontakt och konsultationskunskap. Detta ger en bred förankring i hela hälso- och sjukvården. Vi delar gemensam kunskap om hjärtat och själen i vårt yrke: mötet mellan patient och läkare.

Vi är stolta över att en av våra lärare, Anna Westerståhl, fick Göteborgs universitets pedagogiska pris 2011 och att enheten för allmänmedicins lärare och kursledare fick Sahlgrenska akademiens pedagogiska pris 2013. Sexton mottagare av priset fick utmärkelsen i samband med Göteborgs universitets promotionshögtid i november 2013 (se sid 56).

Kliniskt baserad forskning från allmänmedicinsk praxis

När institutionen för allmänmedicin bildades 1985 fick Calle Bengtsson professuren i allmänmedicin. Han hade då startat uppföljning av populationsstudien av kvinnor i Göteborg, en världsunik befolkningsundersökning som fortfarande pågår och som gett stor kunskap om kvinnors liv och hälsa (se AllmänMedicin 3/2013) [1]. En stor del av institutionens forskningsaktiviteter under de första tio åren koncentrerades till epidemiologisk forskning utgående från kvinnoundersökningen. Den kliniska primärvårdsbaserade forskningen har växt i omfattning och flera stora interventionsstudier engagerar vårdcentraler i regionen. Forskningen är translationell – den sträcker sig från epidemiologisk riskfaktorforskning till forskning om effekter av intervention på riskfaktorer och promotion av riskfaktorer. Bland projekten kan nämnas:

- Hälsolyftet – intervention på åtta vårdcentraler på Hisingen, Göteborg för hälsofrämjande stöd till individer med ökade hälsorisker och motivation för livsstilsförändring (Ann Blomstrand) [2]. (Metodiken i ”Hälsolyftet” implementeras 2014 i Närhälsan, VG-regionen).
- DIAVIP – intervention i primärvården för långsiktig diabetesprevention med tonvikt på fysisk aktivitet i klinisk praxis (Margareta Hellgren) [3].
- Skaraborgsstudien – uppföljningsundersökning av befolkning med speciell inriktning på kardiovaskulär och metabol hälsa (Ulf Lindblad, Bledar Daka) [4].
- PRIM-NET – behandling för mild till måttlig depression med internetbaserad kognitiv beteendeterapi jämfört med sedvanlig behandling på vårdcentral – en randomiserad, kontrollerad interventionsstudie (Marie Kivi, Dominique Hange, Maria Eriksson).
- MADRS-S-studien – användning av självskattningsformulär vid regelbundna återbesök jämfört med sedvanlig behandling av mild till måttlig depression. En randomiserad, kontrollerad interventionsstudie (Carl Wikberg, Eva-Lisa Petersson). Samarbetet med FoU-enheterna i primärvården i Västra Götalandsregionen och Halland är viktigt och intensivt. Vi försöker gemensamt skapa en stabil infrastruktur för forskning i primärvården och tydliggöra för landstingsledningarna vikten av att ha forskningsaktiva med-

Hemsidor

Enheten för allmänmedicin
www.allmanmedicin.gu.se

Utbildning
www.allmanmedicin.gu.se/utbildning
”På väg mot världsklass - forskning i primärvård”
<http://vgregion.sidvisning.se/forskningiprimarvard>

Nordiska kongressen 2015
www.nordicgp2015.se

Lärargruppen vid Allmänmedicin tilldelades 2013
Sahlgrenska akademins pedagogiska pris. Se sid 56.

arbetare i en så vital del av hälso-och sjukvården som primärvården. Den 19 april 2013 genomförde vi gemensamt ett symposium där vi presenterade pågående FoU i primärvården för Västra Götalandsregionen: "På väg mot världsklass". En publikation med presentation av 176 pågående forskningsprojekt i regionen finns att studera för den som är intresserad och vill fördjupa sig i västsvensk primärvårdsforskning.

Vi bedriver också forskning inom området medicinsk pedagogik. Mats Wahlqvist handleder distriktsläkare Bernhard von Below i arbetet "Läkare som handledare i klinisk praktik för läkarstudenter". Kunskaper från studierna kan direkt appliceras i undervisningen [5, 6]

Flera forskningsprojekt leds av adjungerade professorer och oavlönade docenter. Tack vare adjungeringar finns ett gott handledartillskott till de två ordinarie professorerna i allmänmedicin. För närvarande har vi tre adjungerade professorer på 20-40 %.

Ett stimulerande engagemang är Nationella Forskarskolan i allmänmedicin där Göteborg och Linköping deltar med Umeå som nav. Beskrivning av forskarskolan gavs i AllmänMedicin 3/2012 med uppdatering i 4/2013. För doktoranderna har det inneburit möjlighet att få avancerad feedback från högt rankade internationella medicinska och allmänmedicinska experter, samtidigt som de kan möta mängder av doktorander från hela Sverige med samma intresse för klinisk primärvårdsforskning. För lärare och handledare ger forskarskolan stor inspiration. Det är oerhört stimulerande att få arbeta gemensamt och se nästa generation allmänmedicinska forskare växa fram.

Tredje uppgiften – att föra ut kunskap

Vi har under åren haft samarbete med SBU och Socialstyrelsen och varit aktiva i framtagningen av kunskapsläget inom det allmänmedicinska fältet samt i arbetet med nationella riktlinjer för primärvården. Flera av de pågående forskningsprojekten har initierats för att besvara kunskapsluckor i vården. I många av SBU:s

sammanställningar konstateras att det saknas evidens från primärvårdsförhållanden. Det kommer att krävas mycket och aktiv forskning i primärvården för att täcka in kunskapsluckorna.

Enheten driver uppdragsutbildningen "Hälsofrämjande och förebyggande metodik i primärvård" 7,5 och 5 hp, som riktar sig till personal inom VG-regionens offentliga och privata primärvård. På så sätt förs kunskap från forskningen direkt ut i primärvården efter att forskningsprojektet utvärderat metodiken. Deltagare i kurserna har varit distriktssköterskor/sköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och hälsopedagoger.

"Vi ser framtiden an med gott hopp om att kunna stödja primärvårdens fortsatta utveckling."

Framtiden

Under 2014 kommer åtta disputationer att genomföras på enheten för allmänmedicin. Av dessa är fem allmänläkare varav fyra har deltagit i nationella forskarskolan i allmänmedicin. De blir ett bra tillskott då det framgent behövs många allmänmedicinare som går in i undervisning och forskning!

Vi försöker tillskapa lärartjänster för de allmänmedicinare som disputerat under de senaste åren, men det är svårt att täcka in perioden mellan disputation och docentur. Primärvården skriker efter välutbildade sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och psykologer. Det är inte lätt att skapa en egen forskningsbas på vårdcentralen eller att få en tjänst där forskning ingår som en del av tjänstgöringen och inte ses som något som stjäl tid från verksamheten. Under de närmaste åren måste infrastrukturarbetet för att skapa möjligheter och positiv finansiering av klinisk primärvårdsforskning för de

disputerade forskarna vara en högt prioriterad uppgift för Nationella forskarskolan och de allmänmedicinska enheterna. Vi behöver genomföra stora gemensamma nationella studier där många universitet och primärvårdsområden i hela landet är engagerade!

Allmänmedicinska enheten är beroende av att erbjuda en högkvalitativ undervisning på grund-och forskarnivå. För allmänmedicin i Göteborg är kombinationen av bra undervisning och forskning förutsättningen för verksamheten. Att kunna kombinera kliniskt arbete med undervisning och/eller forskning är viktigt. Samverkan med vårdcentralerna, primärvårdsledningen och regionala FoU-enheter när det gäller klinisk handledning och klinisk forskning ger förutsättning för ett hållbart och fruktsamt utbyte.

Vi ser framtiden an med gott hopp om att kunna stödja primärvårdens fortsatta utveckling. Nu ser vi också fram mot att tillsammans med SFAM arrangera 2015 års Nordiska allmänmedicinska kongress i Göteborg!

Referenser

1. Björkelund C, Humble L, Sigurdsson JA. Calle Bengtsson in memoriam. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31: 131.
2. Blomstrand A, Ariai N, Baar AC, Finbom-Forsgren BM, Thorn J, Björkelund C. Implementation of a low-budget, lifestyle-improvement method in an ordinary primary healthcare setting: a stepwise intervention study. *BMJ Open*. 2012 Aug 8;2(4).
3. Hellgren MI, Petzold M, Björkelund C, Wedel H, Jansson PA, Lindblad U. Feasibility of the FINDRISC questionnaire to identify individuals with impaired glucose tolerance in Swedish primary care. A cross-sectional population-based study. *Diabet Med*. 2012;29:1501-5.
4. Daka B, Rosen T, Jansson PA, Råstam L, Larsson CA, Lindblad U. Inverse association between serum insulin and sex hormone-binding globulin in a population survey in Sweden. *Endocr Connect*. 2012 Nov 19;2(1):18-22.

Fullständig referenslista finns på www.sfam.se



Cecilia Björkelund
Professor, enhetschef
Enheten för allmänmedicin,
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Annons 5

Psykiatriprodukt



Hallå där Ylva Johansson...

– som firade sjuttioårs-
jubileum förra året!

Hur firade du din födelsedag?

– Jag var på en kryssning i Medelhavet tillsammans med min man Ulf.

Vad har gett dig mest under din karriär som läkare?

– Att få vara personlig läkare. Patienterna har alltid gett mig väldigt mycket tillbaka. Och jag har alltid tyckt om att gå till jobbet. Det har också varit väldigt roligt att vara mentor och handledare till unga läkare.

Är det något som varit jobbigt eller svårt?

– Som FV (ST hette så tidigare) gjorde jag fyra år specialistutbildning på sjukhus och ett halvår på vårdcentral. Visst fanns det goda förebilder, men både under AT och FV led jag mycket av att se hur respektlöst vissa läkare behandlade både sina patienter och sina kollegor.

Den allra första dagen av min FV var jag ensam jour på medicinakuten, mitt bland alkoholförgiftade tonårsflickor och svåra akutfall. På den tiden hade man inte någon handledare och under hela FV-tiden kände jag mig övergiven, både av bakjourer och överordnade. Men jag gick så småningom med

i Balinrörelsen och där fick jag stöd av kollegor.

Sedan, när jag blivit specialist, var vi två nyfärdiga kollegor som tog oss an att öppna en ny vårdcentral. Vi trodde att vi kunde allt och att vi skulle kunna ta hand om allt. Men med tiden insåg vi att vi hade tagit på oss alldeles för mycket.

Vilka råd skulle du vilja ge en blivande allmänläkare?

- Var personlig i det professionella.
- Respekt är att lyssna aktivt.
- Se patienten i ögonen!
- Den "besvärliga" patienten har det besvärligt!
- Tänk på det existentiella. Fråga "hur har du det?"
- Var tyst och lyssna, så får du anamnesen.

Vilket råd ger du till en läkare som har några år kvar till pension?

Se till att behålla något av det som du alltid tyckt om att göra. Själv har jag fortsatt med konsultationskursen och jag är fortfarande kompetensvärderare. I år gör jag en specialistexamen och fyra Mitt-i-ST.

Vad tänker du göra efter den här intervjun?

– Äta lunch och njuta av det vackra vädret tillsammans med Ulf på vårt sommarparadis: en hembyggd flotte mitt ute i den mäktiga Umeälven som rinner förbi vårt hus.



Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se

Fakta om Ylva Johansson

Familj: Gift, maken Ulf är präst. Tre vuxna barn, 6 barnbarn.

Bor: I Sundsvall och på en västerbottensgård i Vännäs

Karriär i korthet: Arbetat som distriktsläkare på tre olika vårdcentraler i Sundsvall, även som chef.

Varit studierektor i 20 år och examinator för SFAM.

Delaktig i projekt Mitt-i-ST, haft examenskansli i Sundsvall samt organiserat utbildning av examinatore, den s.k. vecka-3-kursen.

Gick i pension 2008 och arbetar inte kliniskt, men har fortsatt som lärare för en konsultationskurs för ST som startade på 90-talet. Fortsätter också som kompetensvärderare för specialistexamen och Mitt-i-ST. Har genom åren examinerat 18 specialister och genomfört lika många Mitt-i-ST-kompetensvärderingar.

Tidigare utsedd till "Årets handledare" och "Årets lejon" av SFAM.

Vad är det fantastiska med att jobba i glesbygd?

Som ST-läkare på en glesbygdsvårdcentral (numera hälsocentral) är det min tur att roa er med en krönika om min vardag.

Är det speciellt att jobba i glesbygden? Det mesta av våra dagar är fyllda av vanliga saker. Hosta, ont i axeln, kanske ambulansen kommer in med en patient med bröstsmärtor men det är bara reflux. Ibland kanske patienten har st-höjningar och då blir det ju lite mer spännande. Det allra mesta är sånt som är lika vanligt hos er som jobbar inne i stan.

Vi glesbygdsmedicinare vill gärna tro att vi är lite coolare. Men handen på hjärtat – hur ofta trombolyserar vi egentligen? Nuförtiden har det ju nästan blivit lite trist, med akut-PCI-verksamheten.

De flesta av våra patienter har hög ålder vilket gör att jag känner mig som geriatraker på halvtid, särskilt när det gäller avdelningsarbetet. Vårdplaneringar hit och dit. Nu har jag rondat avdelningen fyra veckor på raken så vårdplaneringar och causa soc står mig upp i halsen. Jag vill ju vara en riktig doktor! Jag vill ju bota! Jag kan lindra och trösta till höger och vänster men någon gång skulle jag vilja bota också!

Vad är det som är fantastiskt med jobbet härute? Innan jag svarar vill jag påpeka att jag aldrig jobbat på en stadsvårdcentral. Ni får förlåta mig att jag räknar upp sådant som ni också upplever.

För det första är det fantastiskt att jag nästan alltid känner patienten sedan tidigare. Ofta har jag också koll på vilka som är deras barn och partner och vilken by de bor i. Om det dyker upp någon helt ny person på dagsprogrammet blir det spännande av motsatt anledning. Ibland kanske det är bättre att inte ha mycket bakgrundsinformation om människor,

men för det mesta är det positivt och något som gör att man kan hjälpa dem där de är.

Vi har alla våra intresseområden och jag gillar allt som är lite praktiskt. Kortisoninjektioner, kirurgia minor, fiberskopier, ögonmikroskopi, gyn, gipsning. Om inte vi haft fiberskop, ögonmikroskop, röntgen etc hade jag inte kunnat pyssla på som jag gör. Då hade jag inte velat bli allmänmedicinare överhuvudtaget. Jag har hört rykten om att det finns vårdcentraler utan ögonmikroskop, som remitterar vidare nästan alla ögonpatienter (och speciellt de roliga förstås). Hu, hemska tanke. Det är ju detta mångsidiga pyssel som får mig att vilja jobba kvar.

"Uppenbarligen har folk förtroende för vår akutverksamhet och det har jag också."

Att vara jour är ganska kul. Visst kan dagjouren vara fylld av postinfektös hosta, sjukskrivning från åttonde dagen, ont i ryggen fem månader veckor men just NU går det inte att stå ut längre. Oftast är det ändå patienter där som är sjuka och som jag kan hjälpa. Bältros, otit, divertikulit, lunginflammation, hjärtsvikt i behov av inläggning och intravenöst furix, kanske någon fraktur.

Ambulansen kommer in. Ibland ska patienten vidare till Kalix eller Sunderbyn, ibland lägger vi in dem hos oss på sjukstugan. Anafylaxier, svår akut bröstsmärta, stroke, sepsis – alla kommer till oss först. Ofta med ambulans, men det händer att en allergiker med andningsbesvär av jordnötter flämtar in på mottagningen



Fri-luftvägs-lådan. Längst ner till höger syns nödrakeotomikitet.

för egen maskin. Då blir det mer kaotiskt innan vi fattar vad som händer.

Uppenbarligen har folk förtroende för vår akutverksamhet och det har jag också. Det var länge sedan jag lade ner en larynxmask men ambulanssköterskan har repeterat det på sin senaste utbildning. Det är sällan våra sköterskor inte får in nålar, och då har vi intraosseösa nålar i vår arsenal. Vi har nödrakeotomikitet (har aldrig behövt använda det) men nästa gång jag får tid över ska jag gå igenom kitets innehåll och de olika momenten.

Det kan hända vadsomhelst på natten när det bara är jag, ambulanssköterskan och avdelningssköterskan här. Då gör vi alla vårt bästa och hoppas att det räcker. Räcker vi inte till och det går illa för patienten får jag tänka att det inte var mitt fel att patienten blev sjuk, att jag gjorde mitt bästa i alla fall.

I år lyckades en kollega och jag tillsammans med tre sköterskor återuppliva ett litet barn med hjärtstillestånd. Vad jag vet mår barnet fortfarande bra.



Carola Alm-Niemi

ST-läkare

Övertorneå hälsocentral
carola.alm-niemi@nll.se

Lär dig om intraosseösa nålar och annat!

Årsmöte med Svensk förening för glesbygdsmedicin 9-10 april i Järvsö
www.glesbygdsmedicin.info

Annons 6

Norprolac



Lipus övertar SPUR-inspektionerna

Det har blåst en hel del runt SPUR det senaste året. I januari förra året meddelade Heidi Stensmyren, 1:e vice ordförande för Läkarförbundet, att förbundet hade planer på att ta över SPUR från det nedlagda IPULS. Nu har SPUR-inspektionerna en trygghemvist i Lipus.

Sedan början av 90-talet har frivilliga SPUR-inspektioner varit en garant för ST-utbildningens kvalitet. Medan många specialitetsföreningar haft som rutin att inspektera alla sjukhuskliniker vart 5:e år har andra legat lägre. Det ansågs länge omöjligt att få igång fungerande inspektionsrutiner för primärvården. I början av 2000-talet gjordes ett försök att slå samman flera vårdcentraler till ett inspektionstillfälle, vilket slog väl ut.

SPUR är en läkarledd inspektionsverksamhet där professionen inspekterar AT- och ST-utbildande enheter.

I och med införandet av Socialstyrelsens målbeskrivning SOFS 2008:17 uppstod ett nytt läge. Nu kräver författningen extern granskning av utbildningens kvalitet på alla enheter som utbildar ST-läkare, och det är arbetsgivarna som har ansvaret.

För att kunna genomföra en stor mängd obligatoriska inspektioner ansågs det rimligt att låta ett företag sköta den uppgiften. IPULS AB (ägt till lika delar av Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet och SKL) fick överta SPUR. Ett utbrett missnöje med IPULS uppstod snart bland specialitetsföreningarna, bland annat p.g.a. företagets oförmåga att förankra viktiga beslut. Flera föreningar valde att bojkotta IPULS.

Häromåret tvingades IPULS lägga ner sin verksamhet på grund av att SK-kurserna, som dittills utgjort ett viktigt inslag i IPULS ekonomi, togs över av Socialstyrelsen.

SPUR-inspektionens historia

1990 Läkarförbundets specialistutbildningsråd anser att vidareutbildningen inte håller måttet. En stiftelse bildas och SPUR-modellen tas fram av ett expertråd. Flera specialitetsföreningar börjar SPUR-inspektera sjukhuskliniker i stor skala. Inom primärvården inspekteras enstaka vårdcentraler.

2003 En pilotstudie i primärvården visar att det är möjligt att inspektera grupper på 4-8 vårdcentraler vid samma tillfälle.

2008 Ny målbeskrivning som innehåller föreskrifter om extern granskning av ST. En ny enkät tas fram av expertrådet som bättre överensstämmer med Socialstyrelsens målbeskrivning.

2010 Stiftelseformen överges och IPULS AB övertar SPUR. Nya regler införs, bl.a. om deltidsanställda teamledare.

2013 IPULS avvecklas. Läkarförbundet startar Lipus, ett aktiebolag som ska fortsätta driva SPUR.

SPUR-verksamheten hamnade hos Lipus (Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården), ett nybildat bolag ägt av Läkarförbundet. Förbundet har avsatt medel för att Lipus skall kunna komma igång, dock med krav på självfinansiering redan efter något års drift. Lipus kommer i fortsättningen att utgöra ett administrativt stöd till specialitetsföreningarna som nu får större möjlighet att påverka inspektionernas utformning.

Chef för Lipus är Kåre Jansson, tidigare utrednings- och avdelningschef på Läkarförbundet. Renate Antonsson, som tidigare arbetat på IPULS, har med sig lång erfarenhet av SPUR. Förutom SPUR har Lipus också tagit över den kurscertifie-

Hur går inspektionen till?

1. Initiativet till inspektion av vårdcentraler brukar komma från landstingsledningen, chefen för primärvårdsområdet, verksamhetschefen eller studierektorn och någon enstaka gång från ST-läkare.
2. Formell intresseanmälan skickas till Lipus som kontaktar SFAM:s SPUR-samordnare som i sin tur utser två inspektörer. Kontrakt upprättas.
3. Lipus begär in verksamhetsberättelse, ST-kontrakt mm. från enheterna och lägger ut webbaserade enkätformulär till ST-läkare, verksamhetschef, handledare och studierektorer.
4. Inspektörerna förbereder sig genom att ta del av vårdcentralsdokument och inkomna enkätsvar.
5. Inspektion görs på plats, vanligen två vårdcentraler per dag. Inspektörerna granskar lokaler och intervjuar ST-läkare, handledare, verksamhetschef och studierektor. Enhetens förutsättningar att bedriva ST-utbildning bedöms. Inspektörerna samlar alla som deltagit för diskussion om inspektionsresultatet och föreslår åtgärder som kan förbättra utbildningen.
6. En preliminär rapport sänds till enheten inom 14 dagar för korrigerande av ev. sakfel.
7. Slutrapport skickas till inspekterade enheter. En sammanfattning av resultatet publiceras på Lipus hemsida.



ringstjänst som legat hos IPULS. Övergången från IPULS till Lipus har gått smidigt, och SPUR-inspektionerna börjar nu rulla på igen.

På senare tid har det från vissa landsting kommit önskemål till Lipus om en totalinspektion, dvs. samtliga sjukhuskliniker och vårdcentraler, vid ett enda tillfälle. Detta ger anledning att utvidga modellen till att även granska och bedöma synen på ST-utbildningen ur ledningens perspektiv. Detta skulle sannolikt minska de svårigheter att få sidoutbildning på vissa kliniker som många ST-läkare upplever idag.

"Lipus kommer i fortsättningen att utgöra ett administrativt stöd till specialitetsföreningarna, som nu får större möjlighet att påverka inspektionernas utformning."

Under hösten har mer än 30 vårdcentraler inspekterats. Antalet inspektörer uppgår till cirka 70 personer.

SPUR-inspektion brukar göras med femårsintervaller och mycket kan hända med ST-utbildningen under en sådan period. En utbildningsintresserad enhet kan då genomföra självvärderingar under mellanperioden. STINS (ST-INSpektion) är en självgranskningsmodell som utvecklats i Region Skåne och som är fri för alla att använda*.

Vill du bli SPUR-inspektör?

Är du specialist i allmänmedicin eller ST-läkare i slutet på din utbildning och nyfiken på hur andra vårdcentraler har det med vidareutbildningen? Då är SPUR-inspektion något för dig!

Du får arvode och betalda reskostnader.

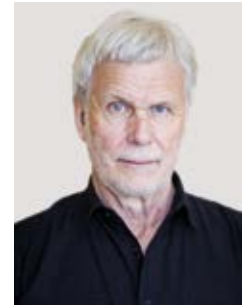
Skicka gärna en intresseanmälan (ej bindande) till gosta.eliasson@sfam.se

Allmänmedicinsk vidareutbildning håller idag hög standard tack vare kunniga och engagerade handledare och studierektorer. SPUR-inspektion skall ses som ett komplement till studierektorernas arbete. Dess allra viktigaste uppgift är att ge underlag och incitament till förbättring av ST-utbildningen.

**https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Utbildning_och_larande/ATST/ST-lakare-inom-regionen/Intern-SPUR/*

Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se



Hur upplever vårdcentralen SPUR-inspektionen?

I oktober 2013 genomfördes SPUR-inspektion av samtliga vårdcentraler i Mitten-Älvsborg, Västra Götaland. Eva de Fine Licht, sedan många år studierektor i området, hade hektiska dagar med att skjutsa och samordna. Man har fått rapporter och nu återstår uppföljning av denna stora insats.

Med anledning av detta åkte jag till Floda vårdcentral i Lerums kommun för att höra deras upplevelse av denna SPUR-inspektion.

Ulrika Kluge, sjuksköterska och chef för vårdcentralen



I utlåtandet från SPUR ser jag att ni fick omdömet "föredömlig" inom nästan alla delar. Jag antar att ni är nöjda och glada. Var det väntat?

Vi är naturligtvis glada att få så positiva omdömen. Handledarna här har många idéer. Samtliga handledare och ST-läkare var med i förberedelsearbetet och träffade SPUR-inspektörerna.

Vi tycker att hela denna process varit mycket bra. Jag fick själv mycket positiv feedback: "En verksamhetschef som är intresserad och driven av utveckling." Deras bedömning har gett mig som chef mer motivation och intresse att utveckla och bli ännu bättre. Det gav mig stöd och klarhet att vi är på rätt väg. Jag hoppas verkligen att ST-läkarna också skall känna detta.

Vad är era styrkor?

Det är just det man skriver i rapporten: "En bra utbildningsvårdcentral där handledare, ST-läkare och verksamhetschef drar åt samma håll."

Du är sjuksköterska och vårdcentralenschef. Ser du att detta är problem vad gäller ST-läkare och deras tjänstgöring och utbildning?

Nej egentligen inte. Man behöver inte vara läkare för att förstå vad ST-läkaren behöver inom de olika fälten. Jag kan inte själv ge dom det. Min uppgift är att skapa förutsättningar och ge verktygen. Uppgiften är densamma som för en undersköterskelev men för läkarna är det så mycket mer omfattande, en så lång placering.

Det fanns avsnitt som var mindre bra?

Vår svaghet är att grundbemanningen varit splittrad då många



allmänläkare arbetar deltid. Vi är medvetna om problemet och på väg att lösa det. Vi har också trånga lokaler. Det är bra att svagheter uppmärksammas, då har vi utvecklingspotential. SPUR-inspektörerna påpekade att ST-läkarna hade för få patienter och deltog för mycket i andra aktiviteter. Tillsammans med studierektor skall vi gå igenom vad de egentligen sa.

Ledarskapet är något som granskas. Vad tänker du om det?

Ledarskapet är en viktig fråga. Man får sällan utöva och träna detta under sin AT-tid. Det är viktigt att det kommer in tidigt och att man får öva sig på det.

"En bra utbildningsvårdcentral där handledare, ST-läkare och verksamhetschef drar åt samma håll."

Hur går ni nu vidare?

Vi skall ha möte i januari med handledarna, ST-läkarna och studierektor. Vi skall diskutera inläsningstiden och hur man använder denna. Vi vårdcentralschefer har lite olika uppfattningar om vad SPUR-inspektörerna tyckte. Skall man göra en ändring är det viktigt att alla gör lika. ST-läkarna fick tänka till och svara på enkäten. Det finns ju ST-forum som kan utvecklas mer. Efter inspektionen blev handledarna och ST-läkarna mer laddade. Exempelvis sätter man nu av de sista tio minuterna av handledningstimmen till sammanfattning: Vad har vi pratat om idag, vad har du fått feedback på? Processen har gått framåt, nu skall vi försöka hålla liv i det. Vi skall gå vidare med det här materialet.

Får all övrig personal del av rapporten och diskussionen ni för?

Det får de, men vi får så hysteriskt mycket information så man får välja. Vi arbetar för att all personal skall ge varandra mer feedback och också över yrkesgränser. Undersköterskorna ser mycket och har information som borde föras fram till ST-läkarna och handledarna. Det handlar om hur man delegerar uppgifter, hur man utbildar varandra. Undersköterskor ser vad gäller operationer, sekreterarna ser svårigheter med diktering

och journaler. Det är viktigt att de ger feedback till alla men inte minst till ST-läkarna.

SPUR tar upp frågan hur enheten hanterar problemet när ST-läkare inte fungerar. Hur hanterar ni detta?

Jag har inte varit i den situationen. Jag vet att detta är problem där det är underbemanning. Det ser vi på bemanningsläkarna. Man kan undra hur en del tagit sig genom. På vårdcentraler som denna där det finns fungerande specialister och handledare släpper man inte igenom.

Eva de Fine Licht, studierektor, arbetar på Floda vårdcentral



Vad gör Floda till en så bra vårdcentral vad gäller utbildning?

Det viktigaste för en bra ST-utbildning är att ha en bra struktur. Det har vi på denna arbetsplats. Det är naturligtvis en fördel att jag är studierektor. Men här finns också en lång tradition. De som är involverade i handledarskapet är också handledare på läkarutbildningen. Flera är examinatorer i SFAMs specialistexamen. Nackdelen

med sidouppdragen är att vi är för lite här på plats. Vi har också en fördel av att vi är ett lagom litet område. Som Ulrika nämnde arbetar vi för att alla, alltså inte enbart handledarna, skall vara delaktiga i ST-läkarnas utbildning.

Fanns det något i rapporterna som du reagerade på?

När det är så många olika SPUR-inspektörer betonar eller fokuserar de lite olika. Man märker att de tar med sig saker från sina egna arbetsplatser. Det hade varit en fördel om det varit samma personer som gjorde alla besöken men jag förstår att det orkar man inte. Jag beundrar dem, de var fantastiska.



Erland Svensson

Fjällbacka

erland.svenson@gmail.com

Nytt hälsobibliotek kan underlätta inför kliniska beslut

"Vi törstar efter kunskap men drunknar i information." Så dramatiskt uttryckte sig Elisabeth Jaenson, distriktsläkare i Malmö i en tidningsartikel på 90-talet. Idag finns det mer information än någonsin på nätet, men att hitta rätt är inte alltid lätt.

Ett hälsobibliotek kan råda bot på detta, menar SBU.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har på uppdrag av regeringen gjort en förstudie om

ett nationellt hälsobibliotek, en webbaserad kunskapsbank.

Om SBU:s förslag genomförs blir det möjligt för sjukvårdspersonal att genom en enda sökning hitta samlad och giltig information från kliniska handböcker, lä-



Mer om hälsobiblioteket

Se förstudien på
http://www.sbu.se/upload/Dokument/SBU_Halsobibliotek.pdf

kemedelsrekommendationer, riktlinjer, vetenskapliga publikationer och systematiska översikter – var man än befinner sig: på jobbet, hemma eller mobilt, och oavsett om informationen är gratis eller avgiftsbelagd av utgivaren. Ett urval avgiftsbelagda kunskapskällor skulle friköpas och bli tillgängliga utan inloggning.

Bakom SBU:s förstudie står projektledaren Ragnar Levi samt ett imponerande antal ämneskunniga personer. Allmänmedicinen har varit representerad, både inom expertråd och som allmänmedicinsk fokusgrupp.

Vad är fördelen med ett hälsobibliotek?

– Det handlar om att få överblick och att enkelt kunna söka i en mängd utvalda källor på ett enda ställe. Att enkelt kunna hitta giltiga och bra verktyg för sitt arbete och få hjälp att sälla agnarna från vetet, säger Ragnar Levi.

Enligt SBU är ett hälsobibliotek till nytta för hälso- och sjukvården genom att:

- Kunskapsstöden blir sökbara på ett ställe och presenteras på ett strukturerat sätt.
- Betydligt fler än idag ges enkel och jämlik tillgång till de bästa kunskapsunderlagen.
- Det blir möjligt att söka även då man inte befinner sig på arbetsplatsen.
- Sökning ska inte kräva förkunskaper om ämnesord eller engelska facktermer.
- Det mest relevanta beslutsunderlaget ska vara lättast att hitta.

– Behandlaren ska varken behöva hänga upp sig på en enda kunskapskälla, där evidens kanske blandas med tyckande eller vinklade budskap, eller drunkna i träffar på Google. Ingetdera är bra. Ett hälsobibliotek kan ge ett urval av det bästa, sorterat och kategoriserat, på ett bräde.

– En och samma sökning kan ge träffar i en kvalitetstestad klinisk handbok, riktlinjer, forskningsresultat och information från huvudmän, myndigheter och specialistföreningar. Träffarna sorteras så att man själv enkelt kan hitta det man behöver.

Vilket behov kan det fylla?

– En viktig uppgift för ett hälsobibliotek är att möta olika kunskapsbehov som uppstår hos behandlaren, till exempel under löpande mottagning. Det ska gå att få snabb och tillförlitlig vägledning före, under och efter ett patientmöte. Men det ska också gå att fördjupa sig i ämnet, och

"Det ska gå att få snabb och tillförlitlig vägledning före, under och efter ett patientmöte."

i olika källor, om man så önskar.

En sökning skulle enligt förslaget kunna resultera i tre olika träffkategorier, presenterade sida vid sida. I kolumnen Praktik finns träffar från riktlinjer, råd och beslut som har med själva patientmötet att göra. Här ingår även FASS, diagnos- och åtgärds-koder, bilder, videofilm och material för patientundervisning. Vetenskaps-kolumnen visar träffar i betrodna forskningsöversikter, Cochrane-bibliotek, vetenskapliga tidskrifter och databaser. Aktuellt-sektionen lyfter fram allt som är nytt och viktigt material från översikter, tidskrifter och myndigheter.

– Poängen med de tre parallella kategorierna är att man enkelt kan välja det som är relevant för stunden, men också hitta dokument som man inte visste fanns.

Det finns ju många kunskapsstöd på nätet, Medibas, VISS och Internetmedicin, för att nämna några. Vad skulle ett hälsobibliotek tillföra?

– Varje enskild kunskapskälla skulle kunna jämföras med en bok, som har sina för- och nackdelar. Här handlar det



Ragnar Levi är medicinsk informationschef på SBU och projektledare för Hälsobiblioteket. Här talar han på SFAM:s kongress 2013. Foto: Cecilia Träff

om ett bibliotek där många bra källor ingår, och du söker i alla samtidigt. Olika kunskapskällor fyller olika behov, och det gäller att hitta den bok jag har störst nytta av. Förebilder finns i flera andra länder, till exempel Storbritanniens NICE Evidence Services och Norges Helsebiblioteket.no. Vi har haft med dem i förstudien och har mycket att lära av deras framgångar och motgångar.

Hur ska det finansieras?

– Beslutet om hälsobibliotekets omfattning och finansiering ligger hos regeringen, som väntas ta beslut under 2014, säger Ragnar Levi men tillägger att man skrivit i förslaget att reklamfinansiering ska undvikas.

Vad blir då fördelarna för en genomsnittlig allmänläkare? Genom att söka i hälsobiblioteket får man för det första sina sökträffar fördelade på tre olika kategorier: "praktik", "vetenskap" och "aktuellt", för det andra får man ett snabbt besked från aktivt utvalda och pålitliga källor när man står inför sin patient och för det tredje kan den mer vetgirige få förslag till vetenskaplig vidareläsning. Vi kan således se fram emot livräddande flytvästar och törstsläckare, utgångna från SBU.

Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se



Nordisk konferens gav påfyllning

Intryck från den 18:e Nordiska kongressen i allmänmedicin i Tammerfors

Nu är det klarlagt, Tampere är Finlands svar på Norrköping. Samma stora och tidigare stolta textilindustribyggnader i rött tegel vid vattnet, ja nästan nere i vattnet. Och ett arbetets museum. Fattas nu bara att Norrköping får bli värd för en framtida nordisk kongress i allmänmedicin. Men nästa på tur är förstås Göteborg, vars underbara trailer kan ses på www.nordicgp2015.se.

Det är verkligen stimulerande att träffa kollegor från andra länder och inte minst från de nordiska som har så många likheter men också tankeväckande skillnader jämfört med Sverige. Kongressen samlade 1145 deltagare, varav den finska gruppen var störst (541), därefter den danska (344), den svenska (128) och den norska (70), men det fanns också deltagare från Australien, Belgien, alla de baltiska staterna, Tyskland, Grekland, Ungern, Island, Holland, Nya Zeeland, Ryssland, Saudiarabien, Slovenien, Spanien och Storbritannien. Kongressens språk var engelska och i umgänget på raster och fester var det lätt att man tilltalade svenska kollegor på engelska för säkerhets skull.

Sociala gradienter avgör livslängden

De plenara föreläsarna var valda med stor omsorg. Inledde gjorde belgaren Jan de Maesener som pekade på behovet av att reflektera över att vi som allmänläkare arbetar i en multikulturell värld och att våra patienter med stigande ålder dessutom får allt mer av multimorbiditet. Tjugo procent av 65+ har fler än fem kroniska sjukdomar. Den sannolikt viktigaste riskfaktorn för ett kortare och sjukare liv är de sociala gradienter som alltmer segregerade och konkurrerande samhällen skapar. Som tjugofemåring i Belgien kan man räkna med allt mellan 28 och 46 år kvar att leva beroende på vilken utbildningsbakgrund man har och därmed vilket liv man får.

Han ville slå ett slag för en mer samhällsorienterad primärvård i närområdet där man verkar. Med kollegor och medarbetare hade han arbetat för att motverka en epidemi av barnfetma genom att få till stånd ett engagerat bygge av lekplatser och en trevligare, mer lekvänlig omgivning. På köpet hade man fått mindre gatuvåld.

Med realiteten av multimorbiditeten blev det mindre viktigt vilka diagnoserna var och han menade att vården skulle utgå från patientens egna värderingar om vilka funktioner som var viktiga att värna. Han höll fram ICF[1] i stället för ICD[2]. Bort med den vertikala sjukdomsorienterade sjukvården!

Vem är patienten?

Kirsti Malterud ville med "Voices from the Margins" inspirera oss att lära av de patienter vi har som inte är mainstream och som inte går att förstå från de gängse EBM-baserade medelvärdena. För dem som har medicinskt oförklarade symtom (MOS) var förståelse och inte misstro viktigt, liksom för dem som har en avvikande sexuell läggning. När doktorn frågar hur din partner mår och säger rätt kön är det en förståelse av

personens hela jag. I riskzonen att inte tas på rätt sätt var också de där vi kan känna oss misslyckade som yrkespersoner – de som var uteslutna från arbetslivet genom sjukskrivning eller sjukpension, de mycket feta och de döende. Hon liknade dem som inte är mainstream med den starka växtligheten i vägens diken, rudratväxterna i samhällets utkanter.

Professor Johan Eriksson från Helsingfors talade engagerat om faktorer under fosterlivet och de tusen följande första dagarna av livet som har stor betydelse. Med den starka påverkan som t.ex. födelsevikt har för olika sjukdomar är det kanske en relevant fråga till våra patienter att höra om de vet hur mycket de vägde när de föddes. För den som har en hälsosam hög födelsevikt kunde man tillåta sig både det ena och det andra av "livets goda" (salt, fett, life stress) utan att det utgjorde någon ökad risk. För den som var stor vid födelsen kunde detta också ge fördelar när det gällde högre hjärnfunktioner. Som kanske var en förklaring till att de också hade femtio procent mer i lön som vuxna!

IT ger inte personlig vård

En mer kontroversiell föreläsare var Ilkka Kunnamo som bland annat retade upp de svenska åhörarna med att till läsning rekommendera det visionspapper från socialdepartementet som heter "Empati och high-tech", där författaren bland annat ansåg att det i framtiden inte behövs allmänläkare eftersom de datorbaserade analyserna och besluten ledde direkt till lämplig organspecialist. (Se AllmänMedicin 2/2013.)

Förutom ett imponerande finskt system med databaserat beslutstöd till vårdens aktörer utvecklar man också möjligheten till att våra patienters data över tid finns i jättelika databaser där de själva kan få ut siffror på hur de ligger till i relation till referenspopulationen av alla som matat in sina data. Åtgärder och råd utgående från en sådan datamängd, som är patientens egen, hade man till och med tänkt kalla en personlig vård, "personalised care". En norsk kollega rev ner långa applåder då han protesterade och sa att det på sin höjd var en individualiserad vård men absolut ingen personlig vård, då allt det som finns i mötet och samtalet var exkluderat. "A person is not a machine!" Någon annan invände att det kunde vara bra att låta datorerna med sina "trettio billioner datapunkter" få sköta sådant "fyrkantigt" så att vi som allmänläkare kunde ta hand om det andra som kanske mer än det mätbara styr, modererar och nyanserar personers hälsa.

"Sjukdomar inträffar i livet, inte i kroppen."



religiösa frågor plats i konsultationen, ackreditering av danska allmänläkare mm. mm.

God och glad stämning

Den sista dagen delades ett nordiskt allmänmedicinskt forskarstipendium ut till finska kollegan Elise Kosunen som också varit med i organisationskommittén. För bästa poster fick Nanna Run Sigurdadottir pris. Den handlade om antibiotikaförskrivning vid UVI och fick priset för att den uppfyllde viktiga kriterier – relevant för allmänläkarens praxis, bra utformad med ett tydligt nyckelbudskap och ett "take home message" som inkluderade vad detta kunde ha för betydelse för allmänläkaren därhemma. Det var dessutom ett dansk-isländskt samarbetsprojekt.

Delar av organisationsgruppen för den 19:e nordiska kongressen i Göteborg 16-18/6 2015 hälsade åhörarna välkomna dit. För fin underhållning svarade lokala talanger i form av en

imponerande slagverksgrupp och en rörande fin gosskör. Banketten innehöll god mat som var fri från både det ena och det andra för den som har sådana behov, men kocken inledde presentationen av vad vi skulle få med att berätta om sin "seafood diet" - I see food and I eat it! Dansgolvet brann av het musik och blev snabbt överfullt av dansglada allmänläkare i yster nordisk förbrödning och -syring.

Sammantaget var kongressen väl organiserad, i vackra och ändamålsenliga lokaler i fint väder och med en god stämning av glädje, eftertänksamhet och klokskap. Jag tror att de flesta åkte hem med en känsla av att vara påfyllda, både andligt och yrkesmässigt, med större förmåga att ta itu med vardagen som allmänläkare men också med många nya idéer. Både sådana som kan ge upphov till samarbete med kommunen om nya lekplatser, sådant som gör att vi förskriver ännu mindre antibiotika och sådant som gör att man då och då kommer att stanna upp i förundran inför det vi får bevittna av "the human condition".

Hälsans under

Den avslutande plenara föreläsningen på lördagen hölls av en engelsk professor i "Humanities in Medicine", Martyn Evans. Han hade ett särskilt intresse för allmänläkarens arbete och en särskild respekt för det. Han talade särskilt över ordet "wonder" som på svenska kan stå för både under och undran. Hälsans under och helighet och den unika långsiktigheten i kontakten mellan allmänläkaren och patienten var centrala ämnen i hans framställning. Han hade stor respekt för det svåra i att mitt i "stapelvarorna" av vanliga enkla problem se det som kan väcka undran och det som kan göra the GP stilla i förundran. Om symtomet som är en ibland väldigt diskret förändring i upplevelsen av den normalt tysta kroppen. Undret att klara av att ändå leva i den sjuka, kanske dödsdömda kroppen. Undret när allmänläkaren kan förnimma det lilla som skiljer från det vanliga men som blir pusselbiten till att upptäcka det farliga, men kanske botbara. Han ansåg att sjukdomar inträffar i livet, inte i kroppen.

Förutom de plenara sessionerna i den vackra Tampere Hall var det workshops, symposier, orala presentationsrundor och en centralt placerad posterutställning med ständigt mycket åskådare.

Symposierna hade ämnen som multimorbiditet, symptomforskning, självvärderad hälsa, livsstilsdialoger, prevention hos äldre, för- och nackdelar med screening, allmänläkarens roll i äldreården, astma och COPD, hur man får sitt arbete publicerat, ska vi behandla mild hypertension, jourorganisationer i olika länder, hur motiverar jag min patient att sluta röka, diabetesutbildning till invandrapatienter, mental hälsa, mm mm.

I flera spännande workshops med stort deltagande av åhörarna behandlades ämnen som självvärderad hälsa i konsultationen, feedback till utbildningsläkare, om döden och andra tabun, lösningsfokuserad terapi som en del den vardagliga konsultationen, femkortsmodellen som konsultationsstöd, praktiska övningar i patientcentrerad kommunikation, existentiella och

Referenser

1. Klassifikationerna ICF och ICF-CY gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. (Socialstyrelsen)
2. Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE. (Socialstyrelsen)

Lars Englund

Chefsläkare
Jakobsgårdarnas VC
Transportstyrelsen
englund1@telia.com





Kaffepaus i lobbyn.

Foto: Katarina E Hansson

Skånsk allmänläkardag 2013

110 skånska allmänläkare – ingen dålig uppslutning till den heldagsutbildning som SFAM Söderslätt arrangerade den 24 oktober med stöd från Primärvården i Skånes Kompetenscentrum, PKC.

Tomas Kanter från Söderslätt lokalförening och Eva Pulverer-Marat från PKC hälsade välkomna. Eva gav en redogörelse för de fortbildningar som finns i Skåne: fyra halvdagar per månad, en per område anordnade av våra allmänläkarkonsulter, temadagar med ämne inom till exempel gynekologi eller endokrinologi samt undervisningsfilmer i videoteket som via AKO Skåne är tillgängliga på internet. Sju sådana filmer har hittills spelats in och lämpar sig utmärkt både för enskild uppförskning av kunskaper ("hur var det nu man gjorde?") och för diskussion i grupp på vårdcentralen.

Sex föreläsare gav en stimulerande och variationsrik upplevelse under denna dag med avslutning av vår nationella SFAM-ordförande, Karin Träff Nordström.

Yrsel – en utmaning

Lennart Johansson, Näsets Läkargrupp i Höllviken, har i tio år intresserat sig för yrsel, "den perfekta utmaningen för en distriktsläkare". Visserligen utgör yrsel endast omkring 1 % av besöksorsaker-

na på en vårdcentral, men med påtaglig risk för komplikationer i form av ångest och depression för patienten om denne inte tas på allvar. Hjärntumör är det spöke som ofta dominerar patientens farhågor och som kan finnas som en liten gnagande oro hos doktorn.

Godartad lägesyrsel är den vanligaste orsaken. Mer än 40 % av akuta yrselpatienter över 65 år lider av detta. För den skull bör man inte glömma möjligheten av järnbrist hos unga kvinnor eller B12-brist hos äldre.

Vi fick en förträfflig genomgång av "tips, trix och konst" som kan förenkla handläggningen: från den enkla men ofta givande frågan till patienten: "Är du förvånad över att du känner det så här just nu?" till Calfrast test för enkel hörselscreening (undersökaren står med utbredda armar och gnuggar fingrarna mot varandra. Hör patienten detta på ena och sedan det andra örat?), balans-test = reflexkontroll (undersökaren puttar försiktigt den stående patienten framåt och sedan bakåt) och genomgång av Dix Hallpikes manöver.

Testosteronbrist – finns det?

Catarina Canivet är med.dr. från Sankt Lars Vårdcentral i Lund. År 2012 gav Läkemiddelsrådet i Region Skåne Catarina i uppdrag att komplettera urologiska be-

handlingsrekommendationer utifrån ett allmänmedicinskt perspektiv. Fokus låg på den av läkemedsindustrin lanserade åkomman "late onset hypogonadism, LOH", dvs. testosteronbrist hos äldre herrar. Enligt en broschyr från Bayer lider mer än 40 % av män äldre än 60 år av denna bristsjukdom.

Redan att mäta testosteronhalterna ställer till problem. Värdena på detta hormon varierar med komorbiditet, fetma och ålder. Referensområdet 8-12 nmol/l i serumtestosteron utgör en gräzon och värden under 5 nmol/l brukar hänföras till reell hormonbrist (eventuellt primär hypogonadism). Catarina poängterade därför att vi bör vara ytterst restriktiva med provtagning och endast företa sådan om kliniska tecken på testosteronbrist föreligger. De bäst validerade symtomen är erektil dysfunktion, avsaknad av morgonerektion och få eller inga sexuella tankar.

För behandling finns två beredningsformer, båda dyra: gel eller injektion, den senare 1100 kronor per dos. Långtidsstudier saknas för säkerhet och behandling med testosteronsubstitution.

För den vanliga distriktsläkaren blev huvudbudskapet att vara restriktiv med provtagning, vara stringent med diagnosen och komma ihåg att det i befolkningen kan finnas obehandlade patienter med primär hypogonadism, t ex Klinefelters syndrom.



Lennart Johansson illustrerar Calfrast test med hjälp av Lena Gleesborg från PKC.

Foto: Katarina E Hansson

Kvantfysik för allmänläkare

Saskia Bengtsson från Bankeryds Vårdcentral blev vald till Årets allmänläkarvän. Hon hade valt rubriken "Vad händer med kvaliteten när man mäter den? Kvantfysik för allmänläkare". Det blev en tankestimulerande timma, svår att redogöra för, men mycket värdefull att avlyssna. I kvantfysikens värld finns det omätbara, och det kan ha likhet med svårigheterna att mäta kvalitet i sjukvården. Bland de enkla slagorden från Saskia fastnade dessa i referentens minne:

- Mäta är bra
- Kvalitet är bra
- Mäta kvalitet? Tja, svårare.

Vidare fick vi lära oss Goodhearts lag: "When a measure becomes a target, it ceases to be a measure."

Astma

Kerstin Romberg är doktorand från Nässets Läkargrupp. Hon beskrev svårigheterna med att diagnostisera och behandla astma hos idrottande tonåringar med aktuella fakta från den skånska befolkningen. Kerstin gav oss många praktiska tips om utredning, både gamla metoder, där specifika IgE-test är att föredra framför Phadiatop och nyheter som mätning av kväveoxid i utandningsluft. Ett test kostar 100 kronor och förutsäger känsligheten för steroidterapi.

Ung, läkare och chef

Ola Bergstrand, verksamhetschef och specialist i allmänmedicin vid Löddeköpinge Vårdcentral. "Ung allmänläkare

och verksamhetschef". Bland sitt förflutna nämnde han engagemang i spex, arbete som reseledare och uppgift som karnevals-, revy- och nöjeschef. Som mer handfast bakgrund utvaldes han att gå "Ledarskaps-ST" med start 2009. År 2010 var Ola färdig med sin ST-utbildning och tillträdde följande år som verksamhetschef i Löddeköpinge.

Olas vardag innebär nu cirka 200 mail per arbetsvecka. Stimulansen utgörs av möjligheten att påverka, inte enbart klagga över allt som är avigt. Hans budskap till auditoriet var: "Ta chansen att axla ledarskapet! Prova!"

Av verksamhetscheferna på de offentliga vårdcentralerna i Skåne är färre än 18 % läkare, medan de privata vårdcentralerna kan uppvisa 43 % läkare som ledningsansvariga. Siffror att reflektera över...

Forskande ST-läkare

Susanna Calling, ST-läkare och med. dr från Vårdcentralen Bokskogen talade över ämnet "Varför behövs forskning inom allmänmedicin?" Susanna har disputerat inom epidemiologi som ett led i sin forskar-AT. "Obesity and cardiovascular disease" var titeln på hennes avhandling från år 2006. Med data från "Malmö förebyggande medicin" och "Malmö kost och cancer" kunde Susanna påvisa att risken för kardiovaskulär sjukdom hos feta individer skiljer sig markant beroende på om andra riskfaktorer finns. Rökning är inte oväntat den tyngsta riskfaktorn, men även att vara ensamboende, kroppsarbe-

tare eller boende i socialt utsatt område ökar risken.

Ett uppmanande fynd är att fysisk aktivitet minskar risken för kardiovaskulär sjukdom hos feta individer även om dessa inte lyckas gå ner i vikt.

Trots dystra profetior från omvärlden har Susanna lyckats kombinera forskning en dag per vecka och arbete som distriktsläkare med hjälp från CPF, Centrum för primärvårdsforskning. Det bildades år 2009. Vid sju olika vårdcentraler i Skåne kan man erbjuda en disputerad allmänläkare en 15 % tjänst vid CPF. Ett femtiotal disputerade allmänläkare finns nu i Skåne, och antalet har ökat sedan CPF skapades.

Finalen

Så var det dags för dagens avslutning, där SFAMS ordförande Karin Träff Nordström gav auditoriet en exposé över SFAM:s uppgift och roll för allmänläkarna. Bland aktuella problemområden nämnde Karin den sjunkande tiden för extern fortbildning, inte bara inom läkarkåren i sin helhet utan sämst vad gäller allmänläkarna.

Recertifiering är en annan ständigt aktuell fråga. Nu är det endast Portugal och Sverige som saknar system för sådan. Norge har sitt system, men vi kan knappast bara kopiera. I Skåne skall varje allmänläkare ha en individuell fortbildningsplan. Då Karin bad om handuppräkning i salen angående hur många som har sådan sågs ingen hand vifta.

Slutligen kom Karin in på den stora frågan om ersättningssystem i vården, där SFAM fått det (enkla?) uppdraget att utarbeta ett sådant förslag.

Frågorna är således många, men Karin utstrålade ändå optimism och tyckte sig ha märkt ett öppnare samarbetsklimat i Skåne det senaste halvåret.

Styrkta av detta avslutade vi så dagen med en gemensam måltid.



Marie-Louise Remnéus

Pensionär

Tidigare Kävlinge och Svedala vårdcentraler
mlremneus@hotmail.com

Annons 7

Voxra



Hur ser den nya generationen specialister på framtiden?

Många hundra primärvårdsintresserade deltagare samlades i Astras f.d. lokaler, numera Medicon Village, i utkanten av Lund för den nationella primärvårdskonferensen 26-27.9.2013. Temat var "framtidens patient i primärvården".

Här diskuterades 40-talisternas förväntningar, ägarfrågor, vårdval, patientmakt, it-system och det sjunkande antalet specialister i allmänmedicin. Vår ordförande Karin Träff Nordström modererade en debatt om hyrläkarfrågan.

Ett av de mest uppskattade inslagen var det där fyra unga allmänläkare berättade om sin syn på framtiden.

Vibeke Klüft arbetar på Sorgenfrimottagningen i Malmö. Hon berättade att ingen dag är den andra lik då man har så många olika arbetsuppgifter. Den personliga relationen med patienterna är viktig. Det är primärvården som utgör grundvalen i hälso- och sjukvården. Att satsa på primärvården ger både bättre kvalitet och billigare sjukvård. Därför måste man satsa både på studenterna och på gröna öar.



Karin Träff Nordström, SFAM:s ordförande, modererar.



Ingrid Lennerwald, SKL och Ann-Sofi Bennheden, Region Skåne, pratar hyrläkare. Foto (även på Karin): Ingrid Eckerman



Fredrik Öhman, Magnus Leijon, Vibeke Klüft och Fredrik Zettergren.

Foto: Ingrid Eckerman

Fredrik Öhman, Kungälv, påpekade att vi behöver få läkarstudenterna att redan från start överväga allmänmedicin som specialitet. En stor uppgift är att få studenterna att intressera sig för människorna i stället för bara sjukdomarna. Ett mål under praktiken kan vara att studenten presenterar sig för patienterna. Han ställde också frågan "vilken politiker vågar tänka längre och se till hela människan – på samma sätt som jag gör?"

Magnus Leijon, Halmstad, efterlyste politiker, verksamhetschefer m.fl. som vågar tänka långsiktigt. Tid för handledning och utbildning ska ses som en nödvändig investering, inte som ett produktionsbortfall.

Fredrik Zettergren, också Sorgenfrimottagningen, ställde frågan hur man skapar och underhåller gröna öar så att de utvecklas till en grön och livskraftig skog. Allmänläkare möter en mångfald av sjukdomar och människor. Blir det för mycket ensamarbete, om man sitter instängd för länge, uppstår syrebrist som drabbar oss och patienterna. Hans verksamhetschef har förstått betydelsen av sidouppdrag. Nästan alla läkare arbetar deltid med bisysslor som professor, Strama, utbildning, etik, hemsidor mm. Att stänga in personalen och räkna pinnar är kontraproduktivt. Det kan skapa kalhyggen där det saknas frön till återväxten.

Ingrid Eckerman
chefredaktor@sfam.se



Dagens Medicin blir kursgivare



Maria Lindkvist, projektledare för Dagens Medicin's utbildningar, är nöjd med dagarna.

Dagens Medicin är inte bara en tidning. Den arrangerar numera även seminarier och temadagar för personal, beslutsfattare och politiker inom sjukvårdssektorn. I år erbjuder man även kliniska kurser. Allmän-Medicin var på plats när en tvådagarskurs för allmänläkare ägde rum i Stockholm.

När de cirka 70 deltagarna, både ST-läkare och specialister, anländer till Scandic Hotel Forresta på Lidingö får de namnskyltar och delas in i fyra grupper. I foajén finns en utställning med läkemedelsrepresentanter och kaffe med smörgåsar.

Grupperna arbetar en halv dag vardera med ämnena strokeprevention vid förmaxflimmer, hudsjukdomar, EKG-tolkning och smärtbehandling. De två kursledarna börjar sina sessioner med att föreläsa om det aktuella ämnet och sedan diskuteras patientfall i mindre grupper på 4-5 personer.

Maria Lindkvist är projektledare och ansvarig för Dagens Medicin's utbildningar och är med för att övervaka dagarna.

Vilken målgrupp har kursen?

– Den riktar sig till både ST-läkare och färdiga specialister. ST-läkarna kan efter samråd med handledaren räkna den som en del av ett delmål. Vi utfärdar kursbevis på Socialstyrelsens blankett.

Är kurserna ett sätt att få bättre lönsamhet för tidningsföretaget?

– Kurserna kan väl snarare ses som ett sätt att vidareutveckla vår seminarieverksamhet. Vi är en viktig aktör på sjukvårdsområdet när det gäller seminarier och temadagar och har inget emot att växa ytterligare. Det finns idag ett behov av fler kursgivare, och de ST-dagar vi arrangerade 2012 slog väl ut.

De flesta lärare på kursen kommer från sjukhusvärlden. Det krävs stor lyhördhet för deltagarnas arbetssituation och att pedagogiken byggs på interaktivitet och på falldiskussioner. Det omedelbara intrycket är att Dagens Medicin lyckats ganska väl med att engagera välfungerande ämnesföreläsare. Men ändå, det måste väl vara svårt att hitta lämpliga kursledare?

Maria Lindkvist håller inte med.

– Tidningen har ett stort nätverk, en fördel då det gäller att hitta idéer och kursledare. Men vi skulle önska att vi fick kontakt med fler intresserade allmänläkare som kan ta på sig uppgiften att leda kursavsnitt, säger hon.

Är det nödvändigt med sponsring?

– I det här fallet är kursen sponsrad och godkänd av Lipus. Vi håller oss till vad avtalet säger. Produktreklam annat än utställningen ute i foajén förekommer inte. Men vi har också haft andra samarbetspartners. ST-dagarna 2012 var ett gemensamt projekt mellan Dagens Medicin och flera landsting i Mellansverige. På våra seminarier vi har haft sponsring från både revisionsbyråer och IT-företag. Vi har ingenting emot att arrangera kurser utan sponsring om det finns sådana önskemål. Det enda kravet är att ekonomin måste gå ihop.

Hur ser du på framtiden för kursverksamheten?

– Vi hoppas kunna utvidga vår verksamhet och hitta nya och intressanta kursämnen och kommer att satsa på gemensamma kurser för ST-läkare och specialister. Vi vill gärna ha hjälp från SFAM när det gäller ämnesval, upplägg, tips på lärare och kursgodkännanden, avslutar Maria Lindkvist.



Gösta Eliasson

Ordförande i SFAM:s fortbildningsråd
gosta.eliasson@sfam.se



Isabell Inghardt, distriktsläkare vid Åsa vårdcentral i Halland

– Vi fick insikt i varför smärtpatienter ofta hamnar fel. Det jag tar med mig är hur viktigt det är att göra en strukturerad smärtanalys.



Magnus Leijon, distriktsläkare vid vårdcentral Hertzig Knut i Halmstad

– När vi tar över patienter från sjukhuset måste kunskaper följa med, t ex hur man behandlar med de nya perorala antikoagulantia.



Elin Sundberg, husläkare på Riksby vårdcentral i Bromma

– Jag fick uppdaterat mina kunskaper om fysiologin bakom rytmrubbningar och andra avvikelser och vikten av att alltid gå systematiskt tillväga vid EKG-analys.



Khorshid Ibrahim, distriktsläkare vid Söråkers vårdcentral utanför Sundsvall

– Vi fick många handfasta råd. Det hade varit bra om vi hade fått se fler bilder på hudsjukdomar.



Studieresa till Kroatien

”Om jag träffar på en patient som är nedstämd brukar jag ge rådet att gå ner till stranden, ta ett dopp och njuta i solen. Det får de flesta på bättre humör!”
Tipset gavs av dr Teo Depolo, en av de kroatiska allmänläkare som vi träffade under vår studieresa till Dubrovnik. Även om det yttrades med glimten i ögat, speglar det en lite annan attityd till patienter som mår dåligt i detta land som ändå visade sig ha fler likheter med Sverige än vad vi från början trodde.

Vår resa till Kroatien finansierades av ett stipendium från SFAM. Året innan hade vi ST-läkare i allmänmedicin arrangerat SFAM:s ST-dagar i Örebro. Tio av de tretton personer som ingick i arrangörgruppen reste iväg med stor förväntan på att lära sig mer om hur det är att arbeta som allmänläkare i Kroatien.

Dubrovnik, en stad med många ansikten

Dubrovnik är en stad med cirka 45 000 invånare belägen vid kusten i det sydöstra hörnet av Kroatien. Den gamla mur-omgärdade innerstaden finns sedan 1979 med på UNESCO:s världsarvslista över byggnader som bör bevaras till eftervärlden. Under våra dagar där kryllade staden av nyfikna turister som utforskade och fotograferade varje skrymsle av de smala gränderna.

Det är svårt att förstå att det bara tjugo år tidigare rasade ett krig där med stora skador på både byggnader och människor. Återuppbyggnaden av staden är välgjord och få spår av kriget står att finna. Känslan är ändå att minnet av kriget finns kvar om man skrapar lite på ytan, inte minst i människors hjärtan.

Studiebesök hos allmänläkare

Två vänliga kroatiska allmänläkare hade fått i uppdrag att visa oss runt och svara på frågor om det kroatiska sjukvårdssystemet. Dr Orsat John var sedan ett år tillbaka specialist enligt det nyaste systemet och dr Teo Depolo var utbildad enligt den gamla skolan. Kontakten hade förmedlats via den kroatiska ambassaden i Stockholm och professor Milica Katic med professur i family medicine vid universitetet i Zagreb.

Kroatien var tidigt ute med specialistutbildning i allmänmedicin, redan 1960. Under kriget 1991-2003 fanns dock ingen organiserad specialistutbildning, så det finns ett glapp i den nationella utbildningsnivån. För att avhjälpa detta har man parallellt infört olika sorters träning beroende på mängden erfarenhet av kliniskt arbete.

De flesta specialister i allmänmedicin arbetar på egna små privata mottagningar med en läkare och en sköterska. Dr John och dr Depolo arbetade i lokaler bredvid varandra och kunde på så sätt hjälpas åt. För att få det hela att gå runt ekonomiskt behövdes vanligen minst 2500 listade. Ersättningen baserades till cirka 70 % på antalet listade, 20 % kopplades till särskilda åtgärder och 10 % betalades ut efter uppnådda kvalitetsmått, som hade tillkommit senaste året och huvudsakligen fokuserade på att minska antalet remitteringar och dyra undersökningar.

Kroatien har 4,3 miljoner invånare och spenderade 6,9 % av BNP på hälso- och sjukvård år 2010. Alla invånare i Kroatien är försäkrade via ett obligatoriskt sjukvårdsförsäkringssystem

och varje månad betalas en procentuell andel av lönen till ett stort försäkringsbolag. Det finns även möjlighet att betala lite mer och då får man obegränsad tillgång till sjukvård och undersökningar, åtminstone på primärvårdsnivå. Som läkare kan man inte säga nej om patienten vill komma på ett besök, utan det är patientens upplevda behov som styr. Det finns heller inga särskilda patientgrupper som kallas på regelbunden basis.

En vanlig mottagningsdag skattade dr Depolo att runt 80 patienter besökte hans mottagning. Hälften av dem träffade enbart sköterskan. Det kunde gälla blodtryckskontroller, provtagning eller förnyelse av recept för kronisk mediciner. Övriga 40 personer träffade doktorn under en mottagningstid på drygt 6 timmar. Dagens sista timmar ägnades åt hembesök.

När vi frågade hur det var möjligt att arbeta under sådana förhållanden fick vi till svar att det inte var det. Båda kollegorna kunde känna en oro över den medicinska säkerheten och över risken att göra en felbedömning. Dr Depolo beskrev att han ofta fick en känsla av att befinna sig i Charlie Chaplins film ”Moderna tider”.

Många av de besök som gjordes var dock av samma patienter som återkom regelbundet och som läkarna därför hade god kännedom om. Det var även tydligt att det inte var lika mycket administrativa uppdrag med intygsskrivande, utan tiden ägnades mer åt direkt patientkontakt.

I Kroatien finns även ett stort antal öppenvårdspraktiserande gynekologer, pediatriker, önh-läkare och andra specialister och många av de patientgrupper som tar mycket tid i Sverige sökte dessa. Sjukhusen i Kroatien har remisstväng med väntetider som ofta översteg 6 månader, så de kroatiska allmänläkarna har även en gate-keeper-funktion.

Besök på ett läkarhus

Vi besökte också ett läkarhus i Dubrovnik, ägt av det stora sjukvårdsförsäkringsbolaget. Där arbetade ett stort antal läkare med olika specialiteter samt även sjukgymnaster, tandläkare, psykologer och arbetsterapeuter. Det inhyste även ett laboratorium och en enklare röntgenavdelning. En tredjedel av personalen var anställda och resten arbetade privat. Lokalerna var trevliga och påminde mycket om de korridorer och undersökningsrum som vi är vana vid, men utsikten var helt enastående.

Journalerna, inklusive lab-prover, konsultremisser och recept, var sedan knappt tio år helt datoriserade. I Dubrovnikområdet fanns fem olika journalsystem, och arbete pågick för att få en övergång till det system som alla offentliga och de flesta privata vårdgivare använde. Journalföringen var inte lika omfattande som den är i Sverige, en nödvändighet eftersom läkarna skrev alla anteckningar själva.

Likheter/skillnader

Mot slutet av dagen försökte vi bilda oss en uppfattning om hur de kroatiska läkarna uppfattar sitt arbete. Intressant var att frustration över en allt mer pressad arbetssituation fanns även hos dem. De beskrev även att den psykiska ohälsan i samhället ökat markant efter kriget och att det skapat ett större behov av



läkarbesök. Nya kvalitetsmått skulle arbetas fram från centralt håll och det fanns en oro över hur det skulle komma att påverka allmänläkarnas villkor.

Man upplevde det positivt att äga sin egen mottagning, inte minst ekonomiskt. Offentligt anställda läkare fick löner på runt 10 000 kona/månad (ca 11 500 SEK) medan en privat läkare tjänade betydligt mer, även efter att kostnader för sköterska, lokalhyra och utrustning räknats bort.

Dr Depolo och dr John såg Sverige som ett föregångsland och ansåg att möjligheten att göra ett bra arbete borde vara bättre under de förutsättningar som råder hos oss. Vi som svenska läkare funderade över vad patienterna blir mest nöjda med. Är det att komma på ett stort antal korta besök till sin doktor eller den svenska modellen med färre lite längre besök och resten via telefon och brev?

Avslutning

Med våra huvuden fyllda av nya intryck och tankar tog vi farväl

av våra nya vänner. Innan hemresan hade vi ytterligare några dagar för utvärdering av ST-dagarna, sol, bad, turistande och åtskilliga samtal runt hur det är att arbeta som blivande eller nybliven specialist i allmänmedicin i dagens sjukvårdssverige.

All den tid vi lagt ner på arrangemanget i oktober 2012 var värt varenda sekund, det kände vi alla. Vi har lärt känna varandra väl och vi har klarat av att arrangera en stor konferens som togs emot på ett mycket positivt sätt av deltagarna. Den resa som vi inledde redan hösten 2011 med de första planeringsträffarna tog slut först på Arlanda när flygplanet från Dubrovnik tog mark sista söndagen i september. Avslutningen kunde inte ha varit bättre!

Hanne Carlsson

distriktsläkare

carlssonhane@telia.com



Rapport från EGPRN 2013

EGPRN hade gemensam konferens med EURIPA, nätverk för glesbygdsmedicin, på Malta i oktober 2013.

Där fanns också professor *Lars Agréus*, KI, som startade glesbygdsmedicinsk förening på 90-talet. Lars är ordförande i gastroenterologisk förening för allmänläkare i Europa (ESPCG) och nybliven styrelsemedlem i EURIPA. Lars arbetar också kliniskt och var jour dagen efter konferensen på Malta.

Varför reste du till Malta, Lars?

”Eftersom vi har ett konstnärsyrke är det viktigt att delta i internationella konferenser för att lära nytt och få inspiration från omvärlden. Man behöver också lite ’religiösa’ budskap om vårt jobb som från WONCA Worlds förre ordförande från USA, Richard Roberts. Han gav en key-note lecture som överträffar det mest positiva vi hört om allmänmedicin. Det borde vara obligatoriskt att åka på konferens, men idag är det alltför få svenska allmänläkare som gör det.”

Andrej Zeilinski är disputerad allmänläkare från Karlskrona och presenterade på Maltamötet en poster om samband mellan socioekonomiska faktorer, avstånd till sjukhus och konsumtion av sjukhusvård.

Varför är detta fjärde gången du är på EGPRN-möte, Andrej?

”Det är stimulerande och lärorikt att få presentera sin forskning och få feedback på resultaten, träffa utländska kollegor och knyta kontakter för fortsatta forskningsprojekt. Man får också lära sig hur allmänläkare jobbar i andra länder – vad har man för problem? Hur ser vardagen ut? Jag har



Lars Agréus, Stockholm och SFAM-medlemmen Ferdinando Petrazzuoli, Italien



EGPRN = European General Practice Research Network.

Det ordnar workshopliknande vetenskapliga möten varje halvår sedan 1974, i något av de 25 medlemsländerna där europagrannarna Turkiet och Israel ingår.

till exempel pratat med allmänläkare i Rumänien som berättar att de flesta arbetar privat och får betalt av försäkringsbolag. Rumänska utbildningsläkare i allmänmedicin tjänar 250 euro per månad.”

Själv har jag genom EGPRN rekryterat en italiensk medlem till SFAM. Dr Ferdinando Petrazzuoli, 55, övertog en landsbygdspatent utanför Neapel från sin far för 20 år sedan och finansierar nu på egen hand doktorandstudier i Malmö/Lund med mig som huvudhandledare. Ämnet är kognitiv diagnostik i allmänhet och i primärvård i synnerhet. Ferdinando är med i EGPRNs styrelse och även engagerad i WONCA.

Nästa EGPRN-möte hålls i Barcelona 8-11 maj, 2014 med temat “Preventive Activities in Primary Care” och därefter 23-26 oktober, 2014, på Kreta där temat är “Economic crisis and Research in Primary Care”.

Jag hoppas fler svenska allmänläkare deltar – gå in på egprn.org eller hör av dig till mig för mer information!

Hans Thulesius

Docent, ordförande i SFAM:s forskningsråd Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet, Vårdcentralen Strandbjörket, Växjö
hansthulesius@gmail.com



Annons 8

Heracillin

2012 års allmänläkare i Nordvästra Skåne

Vid fortbildningsdagarna i oktober utnämndes Björn Giver till 2012 års allmänläkare i Nordvästra Skåne med **motiveringen:**

”Björn är en hängiven allmänläkare som genom åren varit, och är, en sann förebild för allmänläkarna i Nordvästra Skåne. Björn har utarbetat och redigerat material som vi alla har haft stor nytta av, bland annat länkportal för allmänmedicinare och en uppskattad lathund för ST-läkare. Björn har varit mycket aktiv i sin roll som handledare med strukturerad handledning och undervisning av sina adepter, och likaledes aktivt deltagit i handledarträffar och fortbildningsaktiviteter.”



Allmänmedicin i Göteborg fick pedagogiskt pris



Sahlgrenska Akademiens pedagogiska pris 2013 gick till lärargruppen vid Allmänmedicin.

Lärargruppen består av Mats Wahlqvist, Kerstin Rödström, Kerstin Leander, Marie Walther, Dominique Hange, Ulf Lindblad, Karin Asztely, Anna Westerstål, Bernhard von Below, Kristina Bengtsson-Boström, Kristian Svenberg, Maria Magnil, Maria Waller, Dorota Carlsson, Jessica Liljebäck och Tine Högberg.

Motiveringen lyder:

”Lärargruppen vid allmänmedicin har i läkarutbildningen där biomedicinska och naturvetenskapliga traditioner varit starkt dominerande målmedvetet och konsekvent arbetat för att inkorporera kunskapsformer som bygger på humanfilosofi och samhällsvetenskap. Detta har varit nödvändigt för att synliggöra och utveckla professionella lärandemål inom Sahlgrenska akademins läkarprogram. Starten var införandet av en kurs i konsultationskunskap 1993. Nästa steg var införandet av kurserna i tidig yrkeskontakt under utbildningens två första år.

För att säkerställa hög kvalitet i läkarstudenternas verksamhetsförlagda utbildning relaterat till dessa kurser har lärargruppen konsekvent rekryterat och utbildat handledare. I detta fall handlar det om att hundratals läkare valt att gå handledarutbildning inom konsultation, samtalsmetodik och feedback. Utbildning av handledare har med stor framgång utvecklats att också gälla för andra kurser där praktiskt yrkeskunnande såsom patientcentrerad kommunikation, bemötande, samarbete, ledarskap, vetenskapligt förhållningssätt, medicinsk vardagsetik, genusmedvetenhet och mänskliga rättigheter tränas och lärs in. Resultatet är att läkarutbildningen idag kan tala om att den genom hela programmet ger goda förutsättningar för studenternas professionella utveckling.”

SFAMs hederspris för bästa kvalitetsarbete 2013

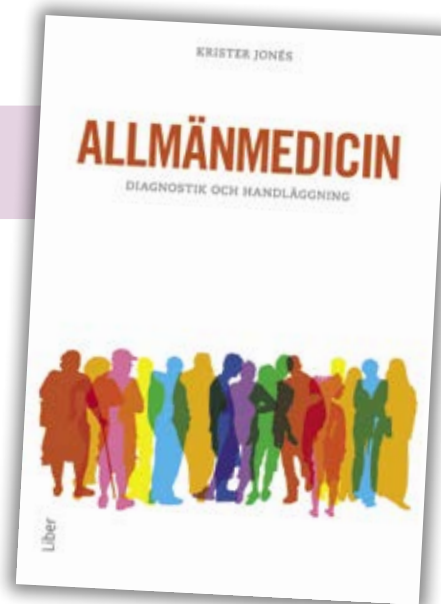
Vid kvalitetsdagen den 26 november utdelades två hederspris för bästa kvalitetsarbete 2013.

Det ena priset gick till distriktssköterskan Lena Renman vid Tegs Hälsocentral i Umeå för projektet ”Uppsökande primärvård för att stötta socialt utsatta individer”.

Det andra gick till Tobias Reitberger vid Mariefreds vårdcentral för ST-uppsatsen ”Om tillförlitligheten av journaluppgift om penicillinalergi hos barn”.



Tobias Reitberger får sitt pris av Eva Arvidsson, SFAM-O.



En praktisk bok

En erfaren och klok distriktsläkare försöker dela med sig av sin stora erfarenhet kring hur man hanterar den brokiga symtomfloran i primärvården. De yngre kollegornas oro kring att missa något allvarligt verkar vara en stor drivkraft i författarskapet där hans råd kan göra mycket för att minska mängden onödiga utredningar. Att kunna läsa om vad som är normalt och vilka symtom som inte har koppling till sjukdom trots att patienterna är oroliga för just det kan ge lättnad för många den första tiden på mottagningen.

Första och tyvärr minsta kapitlet om allmänläkaren är nog det jag tycker är mest intressant i hela boken. Här avhandlas allmänläkarens behov av operativ förmåga, nätverk och god management på sju täta sidor. Kommunikation och personlighet bildar tillsammans den operativa förmågan enligt Jonés. Jag har inte stött på begreppet operativ förmåga på detta sätt innan. En viktig insikt i arbetet på den allmänmedicinska mottagningen tagen direkt från texten:

“En mer komplex patient behöver inte nödvändigtvis vara svår att handlägga; det svåra med den “svåra” patienten ligger nästan alltid på det kommunikativa planet... Det som framförallt gör den “svåra” patienten svår är hennes frustration över alla förväntningar hon har på sig själv och sitt liv som sjukdomen grusar.”

Rörelseapparaten största kapitlet

Allra störst utrymme får rörelseapparaten vilket ju motsvarar sökmönstret bland våra patienter. Författaren utgår här från den empiriskt utvecklade ortopediska medicinen. Han nämner själv i inledningen till kapitlet att den vetenskapliga grunden kan vara lite haltande och tyvärr märks det i flera underkapitel. Jag är rädd att utbildningsläkarna i vissa fall kan ledas att tro att alla smärttillstånd har en lösning och att en kortisonspruta alltid är en bra idé, även i muskelsenor. Missa dock inte de första sidorna i detta kapitel med injektionsteknik i olika leder även om jag rekommenderar att ni dubbelkollar med annan källa att en injektion verkligen kan vara en bra idé just för din patients besvär. Men vi ska ju inte heller underskatta den trevligt stora placeboeffekten av injektioner, så det räcker väl kanske att ha reda på hur stor risken är att skada patienten.

Man kan ju innefatta mycket i rörelseapparaten, och venös insufficiens får också vara med som problem i underbenet. Hudbesvär får dock inte vara med, varken här eller senare i boken.

Ingen psykiatri i Allmänmedicin

Det näst största kapitlet är öppenvårdsgeriatrik och därnäst storleksmässigt är sidorna om öron, näsa, hals-området. De psykologiska aspekterna av långvarig smärta omnämns tyvärr bara mycket kort, och psykiatrin får inte någon plats alls i denna bok trots den stora andelen patienter med psykiatriska

besvär på en vårdcentral. Övriga kapitel handlar om mage-tarm, neurologi och ögon, samtliga ungefär lika långa, så jag finner det anmärkningsvärt att boken ändå heter Allmänmedicin, diagnostik och handläggning. Mångsjukligheten och gråzonerna får i övrigt gott omnämnande i flera kapitel så jag förstår inte riktigt varför de psykiatriska facetterna så ofta utelämnats som differentialdiagnoser. Jag har hittat enstaka omnämnanden; möjlig depression som en orsak till trötthet i geriatriska kapitlet och fobisk ångest alternativt schizofreniform sjukdom som förklaring till vad författaren kallar frånvaroyrsel. Sömnbesvär som är så vanliga i alla åldrar och särskilt inom geriatriska populationen får den yngre kollegan inte heller någon hjälp med i denna bok.

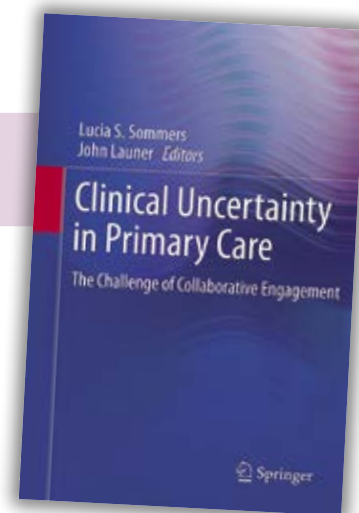
Jag uppskattar att fokus ligger på att patienten måste känna förtroende för läkaren och att författaren poängterar att undersökningsmomentet är viktigt även när anamnesen egentligen räcker för att ställa diagnos med relativt hög sannolikhet.

Boken saknar referenser och eftergranskning, alternativt medförfattare. Jag hade önskat ännu större tydlighet med vad som är personligt tyckande, personlig erfarenhet och vetenskapligt studerat.

“En mycket praktisk bok med konkreta och personliga råd som kan användas som en av flera uppslagsböcker i den allmänmedicinska vardagen men inte alltid aktuell.”

Petra Widerkrantz
AT-studierektor
Primärvården Malmö-Trelleborg
Vårdcentralen Lunden, Malmö
p@widerkrantz.se





Att leva med sin osäkerhet

Jag lyssnar intensivt på patienten som sitter framför mig. Jag försöker att bilda mig en uppfattning om hennes oro, hennes tankar kring de symptom hon bär. Min kliniska undersökning är snabb och inte särskilt ingående, men enligt min bedömning adekvat. Jag låter patienten besöka vårt laboratorium innan vi sitter ner och tillsammans försöker planera för en fortsättning. Kanske innebär detta att vi till viss del stödjer oss på erfarenhet och har jag tur till viss del av några studier som jag inte kan namnet på. Mitt mål i dag blir, som ofta när man inte riktigt vet vad man skall göra, att jag och patienten kommer att fortsätta att följas åt en tid. Kanske gick patienten, och en känsla av att någon inte var riktigt nöjd sitter kvar innanför den vita blusen. Patientens förhoppning på ett exakt prov som kunde ge svaret, inte bara svaret utan det enda svaret, som patienten hoppats på, uteblev. Jag tänker att jag får ta med mig fallet till mina kollegor och se vad de tycker på tisdagens läkarmöte.

Är det någon som känner igen sig?

En ny bok "Clinical Uncertainty in primary care" har skrivits om ett av de mest svåra och ständigt närvarande ämnena inom modern medicin, osäkerheten i och kring klinisk praxis. Osäkerheten kring alla de problem vi möter, kring alla de beslut vi tar och inte minst osäkerheten kring den kunskap vi dagligen använder oss av. Osäkerhet påverkar konsekvent de flesta situationer i primärvårdsarbetet. Det handlar om hur man upplever sig själv och bedömer sin egen förmåga, hur vi skapar meningsfulla relationer till medarbetare och patienter.

Denna bok handlar framförallt om hur man med olika metoder som beskrivs i boken kan bearbeta de situationer då vi inte riktigt vet hur vi skall eller bör göra. Någonstans handlar boken om metoder som vill öka vår arbetsglädje och få oss att må bättre och bli bättre som läkare. Bokens syfte, enligt författarna, är att adressera osäkerheten och framförallt öka intresset för kollegial samverkan i sitt arbete kring osäkerhet.

Bokens ursprung är författarens medverkan i "Practice Inquiry" som är en San Francisco-baserad gruppverksamhet. Gruppverksamheten syftar till att förbättra klinikers förmåga och kliniska omdöme genom att i kollegiala grupper arbeta och diskutera osäkra fall tillsammans. Arbetet var influerat av Balint-grupper som startade i England på 50-talet och deras efterföljare framförallt i Kanada och Norden.

Till en början skickade författarna ut frågeformulär till intresserade, personer de kände eller personer som publicerat artiklar inom ämnet. Det skulle vara små grupper som gemensamt och regelbundet använde sina egna patientfall som grund för diskus-

sioner kring osäkerhet i kliniska situationer. Svaren kom och det visade sig att diskussioner kring patienter och kliniska situationer till stor del har bytts ut mot diskussioner kring guidelines, administrativa eller ekonomiska frågor. Patientdiskussioner verkar också oftare äga rum i korridorer och över en kopp kaffe snarare än regelbundet och organiserat. I USA i motsats till Storbritannien och Norden finns heller inte tradition av att ha längre diskussioner kring kliniska fall inom primärvård trots att det ofta arbetar många läkare tillsammans i små kliniker.

Så långt så gott.

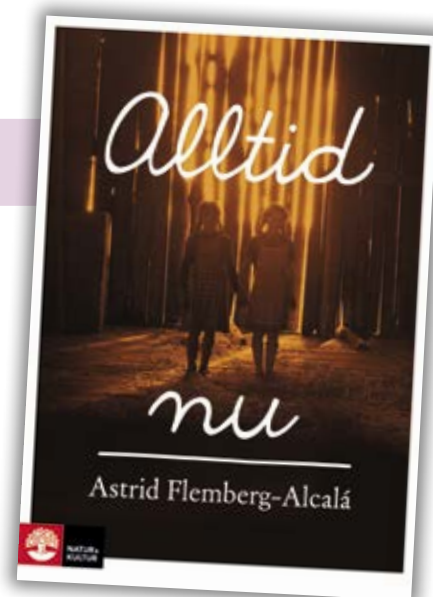
Detta är inte dagens lättaste ämne att avhandla. Boken börjar mycket bra. Vi får en god introduktion av ämnet. Man försöker definiera osäkerhet, dess orsaker och taxonomi. Sen följer kapitel om osäkerhet kring metoder som vi grundar vår vetenskap på, därefter hur man som tutor/elev kan tänka kring osäkerhet i en lärandesituation. Härfter huvuddelen av boken som är beskrivningar av metoder där man arbetar med osäkerhet: Balintgrupper, PBSGL (Practice Based Small-group Learning från Kanada och Skottland), Narrative-Based Supervision (från Storbritannien), Practice Inquiry (USA) och från Sverige fallbaserat lärande i form av FQ-grupper. Man får en kort historik och därefter en ingående genomgång av metoderna och hur arbetet i grupperna går till. Vi får också ett kapitel om forskning kring balintverksamhet. Av tretton kapitel ägnas nio åt att beskriva de olika metoderna.

Hur bra är då denna bok? Ämnet är väldigt intressant. Min utgångspunkt är att jag är helt okunnig inom ämnet med enda erfarenhet som deltagare i en Balint-grupp under min AT. Jag måste erkänna att jag fort tappar fokus när de olika gruppmetoderna beskrivs. Texten är tät och på relativt svår engelska. Boken upplever jag är mer skriven för en redan insatt skara, där gör den sig säkerligen mer rättvisa. Priset kring 1300 kronor är också väl tilltaget om man har som mål att sprida ett budskap. För budskapet att arbeta med sin osäkerhet bör spridas och någonstans i mig har boken sått ett frö som handlar om hur viktigt det är att vi öppnar våra mottagningsrum, att vi pratar om det som är svårt, att vi diskuterar våra ständiga möten med den osäkerhet vi arbetar med. Och tänk om vi då kan bli lite klokare eller må lite bättre på vägen – det låter väl inte så dåligt?

Jonas Hamfors

Jonas.Hamfors@skane.se





Att besöka sitt föränderliga minne

Det är alltid nu, och i nuet smälter upplevelsen av stunden ihop med minnet av det förflutna och tankarna om framtiden till en unik helhet. Minnet är på samma gång både påträngande och gäckande, orubbligt och bedrägligt. Det utgör länken mellan det jag som en gång var och det som nu är, och det möjliggör att de kan upplevas som ett kontinuum. Samtidigt har nuets jag makt över minnet av det förflutna genom möjligheten att omdefiniera situationer och händelser så att inte bara känslan av mening förändras, utan också själva innehållet i det vi minns.

I boken får man som läsare följa med författaren när hon besöker platser och stunder ur sitt egna förflutna. Det känns som att passivt få observera henne när hon besöker en utvald samling av, för henne välkända men för läsaren okända, vänner och bekanta i viktiga möten där man inte själv kan delta aktivt. Precis som när de egna tankarna obehindrat växlar mellan skeenden och platser där de slinker fram genom synapser och axoner, förflyttas vi i boken nästan foglöst mellan människor och händelser, som till en början tycks vara helt orelaterade. Besök hos på ytan okomplicerade platser och relationer sker med en förbluffande detaljrikedom, och författaren bjuder generöst på insikter och reflektioner hon gjort genom det hon upplevt. Det blir tydligt hur ting och platser kan laddas med mängder av minnen, som kan släppas lös på bråkdelen av en sekund om dessa ting och platser berörs. Besöken hos författarens svåraste minnen sker dock inte så obehindrat. Hon orkar bara stanna kvar där kortare stunder, men återvänder ändå tappert dit gång på gång, som om hon verkligen ville att hennes svåra erfarenheter kanske kan ges mening i mötet med läsaren, trots att hon egentligen knappt orkar ta med en dit.

Boken är välskriven och formmässigt intressant. Sättet att skriva på uppmärksammar på metanivå hur tankarna vandrar,

till synes planlöst, mellan olika minnen och tankar tills de finner fäste. De flesta förflyttningarna mellan olika möten fungerar väl trots att det inte är mina egna tankar jag vandrar mellan, utan författarens. Några gånger tycker jag att det är svårare att behålla kontinuiteten i temaväxlingarna, särskilt vid vissa litterära referenser som blir lite svaga om de är obekanta. Det ska dock inte hindra någon från att läsa boken, som är både djupsinnig och lättläst på samma gång.

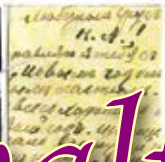
Mötet med författarens minnen och iakttagelsen av hennes sätt att umgås med dem påverkar mig i min relation till mina egna minnen och erfarenheter. Jag finner att jag till exempel kommit att se på mitt barn- och ungdomsjag med betydligt mer försonande ögon och konstaterar det orimliga i att kräva att dessa både ska besitta barnets oskuld och tillitsbehov och samtidigt mitt vuxna jags erfarenhet och mognad. Jag tänker också på hur vi som allmänläkare dagligen får del av många minnen och erfarenheter i våra patientmöten. Vi tar det för självklart att människor, redan ett par minuter efter det att vi har träffats, ska ha en beredskap att både inför sig själva och inför oss sätta ord på något som kanske är det mest smärtsamma i deras liv. Dessa möten rymmer, rätt hanterade, en unik möjlighet att hjälpa patienten att omdefiniera och skapa mening i sina upplevelser och därigenom hitta en väg vidare ur ett låst nu.



Maria Randjelovic
Maria.Randjelovic@lio.se

Recensenter sökes!

Vill du recensera böcker? Skicka en rad till chefredaktor@sfam.se. Tala gärna om vilken sorts böcker du är intresserad av. Vi vill gärna också ha recensioner av diverse hemsidor.



illustrationer: Katarina Liliequist

Kultur-spalten

Allmänmedicinska tankar från landet down under



Författaren omgiven av fr.v. sköterskan Heidi, dr Barry och dr Barrys hustru.

Mitt i livet. I slutet på min ST. Desillusionerad av new public management i svensk sjukvård får jag möjligheten att åka till andra sidan jorden. Till landet down under – Australien, för några veckors auskultation. Ett land jag besökt tjugo år tidigare tillsammans med min nuvarande man. Då som ryggsäcksresande tjugoåring. Nu som gift snart färdig allmänmedicinare och tonårsmamma. Denna kontinent gav oss många hisnande äventyr och minnesvärda möten och vi lovade oss själva att återvända.

Som barn och tonåring beundrade jag doktorerna i den australiska serien ”Doktorn kan komma”. Deras möten med patienterna, landskapet, djuren, den röda jorden och sättet de pratade på. Då trodde jag det inte var möjligt för mig att bli doktor.

Jag besöker dr Barry som har arbetat som GP i mer än 25 år. Han har under lika lång tid drivit sin familjeägda enläkarmottagning nära stranden i södra Queensland. Han är en lång trevlig man i sextioårsåldern med irländskt påbrå. Hela familjen är engagerad i mottagningen. En son extraknacker som receptionist och hustrun sköter administration och ekonomi.

Det är en personlig mottagning. Dr Barry har följt de flesta patienterna under lång tid och förlöst några då han i början av sin karriär var inne på den obstetriska banan. Totalt har han närmare 2 200 patienter registrerade på mottagningen. Många patienter passerar varje dag, sällan färre än trettio. En del är kroniskt eller akut sjuka, en del är rätt friska.

Trots att det går undan verkar alla väldigt nöjda och jag förundras över detta. Vad är det som gör att allt flyter så bra trots mängden patienter?

Dr Barry skriver journalanteckningen när patienten är i rummet och inger samtidigt ett lugn och en närvaro som är beundransvärd. Många patienter tar upp mer än ett önskemål. Ibland blir väntrummet fullt och väntetiderna långa. Patienterna verkar införstådda och klagar sällan. Arbetsdagen blir lång och slutar sällan när mottagningen stänger kl. 17.

Arbetet är varierat, från barnvaccinationer till operationer av hudcancer. Han gör allt, som en sann allmänmedicinare av äldre generation. En förebild.

Dr Barry har förenklat och strukturerat upp arbetet. Sjuksköterskan är väl synkad så att ingen tid går till spillo. Sekreteraren i receptionen sköter bokningarna. Hon behöver ha kännedom om patienterna för att veta ungefär hur lång tid respektive patient tar. Kaffet ställs fram i termosmugg på bänken vid dr Barrys pappershöj, som ter sig mindre än hemma i Sverige. Lunchen intas sittande eller stående vid datorn eller den administrativa högen.

Trots detta upplever jag aldrig dr Barry som stressad. En förskönad bild? Kanske. I mina ögon gör han ett fantastiskt arbete och uppvisar ett enormt tålamod och stor glädje i sitt arbete.

I Australien får doktorerna betalt per besök och man vill se så många patienter som möjligt. Man ser inte bara dem med snuva då de med kroniska åkommor ger mottagningen mer ersättning.

Man kan fundera på hur utförlig undersökningen och anamnestagningen blir av en patient på ett tio minuters besök. Status blir mycket riktat, endast det som tas upp vid dagens besök. Anteckningen är kort, bara några rader. Man träffar patienten mycket oftare vilket sammantaget kanske ger en större helhetsbild.

Sjuksköterskan gör en ”chronic disease management plan”



Mottagningen ligger i ett fristående litet gult och brunt tegelhus med små men mycket ändamålsenliga rum.

för dem med kronisk sjukdom. Där sammanställs patientens tidigare och aktuella sjukdomar, vad som gjorts utredningsmässigt, aktuella läkemedel, provsvar och blodtryck. I samråd med patienten skriver hon mål för patientens fortsatta hälsa. Sedan

går dr Barry igenom planen med patienten som får en kopia. Den kan tas med när han/hon träffar andra specialister. Vid nästa besök går man åter igenom planen och sätter nya mål.

Alla GP:s i Queensland har blivit ålagda av staten att upprätta dessa planer som ett sätt att förbättra hälsan hos befolkningen och försöka minska den växande bördan av kronisk sjukdom. Man vill stimulera befolkningen att själva ta ansvar för sin hälsa genom att ha tydliga mål. Upprättandet av planerna är kopplat till ersättning för mottagningen. Även här är ekonomin alltmer framträdande i det kliniska arbetet och formar hur doktorerna arbetar.

Hur kunde det bli så här? Ekonomiska ersättningssystem som grumlar synen inför patienten. I paragraf 18 i Läkarförbundets etiska regler kan man läsa att "otillbörligt förvärvsbegär" är oetiskt, men sjukvården ter sig alltmer inlindad i just detta.

Det var inte därför jag valde att bli doktor.

Dr Barry tycks ha en väl avvägd relation till ekonomin och fokuserar på det väsentliga – mötet med patienten – trots de korta besöken.

Allmänmedicin – att se hela människan. Genom alla perioder i livet. I närvaro och frånvaro av sjukdom. I glädje och sorg. En ynnest som skänker mig glädje och känsla av tacksamhet – att jag får vara delaktig i detta. Det kan inte new public management och de växande administrativa kraven ta ifrån mig.

Therese Nilén Orrhult

ST-Läkare

Fälthagens Vårdcentral, Uppsala

orrhult@hotmail.com



Omslagsbilder sökes!

De måste ha hög upplösning, helst stående format. När du skickar ditt förslag till chefredaktor@sfam.se kan du skicka i mindre format. Berätta lite om bilderna och dig själv.

Rekrytera medlemmar

- vinn ära och en plats till kongressen 2015!

Tävlingen om bästa medlemsrekryterande lokalförening fortsätter. Vinnare blir den lokalförening som vid årsskiftet haft den största procentuella ökningen i antalet medlemmar under året jämfört med föregående år. 2013 års vinnare kommer att uppmärksammas vid kongressen.

Medlem blir man genom att fylla i ett formulär på hemsidan www.sfam.se.

Annons 9

Mollipect / Paraflex

Svensk förening för allmänmedicin

Styrelsen

Ordförande
Karin Träff Nordström
ktn@sfam.se

Vice ordförande
Ulf Österstad
ulf.osterstad@sfam

Facklig sekreterare
Kenneth Widäng
kenneth.widang@sfam.se

Vetenskaplig sekreterare
Christina Westerdahl
christina.westerdahl@sfam.se

Skattmästare
Åsa Niper, asa.niper@sfam.se

SFAMs råd

Fortbildningsrådet
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

Läkemedelsterapirådet SFAM-L
Jan Håkansson
Tel: 0640-166 00/08
jan.hakansson@jll.se

Kompetensvärderingsrådet
Ulf Måwe, ulf@mawe.se

Kvalitets- och patientsäkerhetsrådet SFAM-Q
Sven Engström, 070-330 48 12
sven.g.engstrom@telia.com

ST-rådet (vilande)
Kontakt: Åsa Niper
asa.niper@sfam.se

Utbildningsrådet
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Rådet för sköra äldre i primärvården
Sonja Modin
sonja.modin@sll.se

Forskningsrådet
Hans Thulesius
hansthulesius@gmail.com

Rådet för levnadsvanefrågor
Mette Barth
m.barth@halsomedicinskcenter.se

SFAMs nätverk Allmänläkarkonsulter
Sten Tyrberg
sten.tyrberg@skane.se

ASK – Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog
Robert Svartholm
polarull.svartholm@telia.com

Balintgrupper
Tina Nyström Rönnås
tina.nystrom.ronnas@sjostadsdoktor.se
Dorte Kjeldmand
kjeldmand@gmail.com

Gastroprima – för mag-tarm-intresserade allmänläkare
Lars Agréus
lars.agreus@ki.se
Ture Ålander
ture@tapraktik.se

IT i primärvården
Anne Björk
annebj@bredband.net

NäSTa – nationellt nätverk för ST-läkare i allmänmedicin (vilande)
Kontakt: Anna Nilsson
anna.an.nilsson@skane.se
Maria Lütkerman
marialutkerman@hotmail.com

Studierektorskollegiet SFAM-SR
Stefan Persson
stefan.persson@ltblekinge.se

Naaka – Nätverket för Astma, Allergi, Kol, Allmänmedicin
www.naaka.se
Kerstin Romberg
kro@nlg.nu

Riskbruk
Charlotte Hedberg
charlotte.hedberg@ki.se

Transkulturell allmänmedicin
Jens Wiethege
jens.wiethege@lio.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
eva.arvidsson@ltkalmars.se
Sven Engström
sven.engstrom@swipnet.se

Nordic Federation of General Practice/APS
www.nfgp.org
Monica Löfvander
monica.lofvander@ltdalarna.se

Vasco da Gama Movement,
vdgm.woncaeurope.org
Sofia Eriksson
sofia.eriksson2@ltkalmars.se

Meddela ändringar till: chefredaktion@sfam.se och webmaster@sfam.se

Lokalföreningar

NORRBOTTEN
Stefan Vallmark
stefan.vallmark@nll.se
http://allmanmedicinbd.se

VÄSTERBOTTEN
Berit Edvardsson
Berit.edvardsson@epiph.umu.se

JÄMTLAND
Kristina Seling
Kristina.seling@jll.se

VÄSTERNORRLAND
Knut Meidell
knut.meidell@lvn.se

GÄVLEBORG
Anna-Karin Svensson
anna.karin.svensson@lg.se

DALARNA
Anna Jurland
anna.jurland@ltdalarna.se

ÖREBRO/VÄRMLAND
Gunilla Stenninger
gunilla.stenninger@orebroll.se

VÄSTMANLAND
Marie Sundt
marie.sundt@ltv.se

UPPSALA
Göran Sohlgren
goran.sohlgren@iul.se

SÖRMLAND
Rolf Bergström
rolf.bergstrom@dll.se

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

GOTLAND
Hans Brandström
hans.brandstrom@gotland.se

ÖSTERGÖTLAND
Maria Randjelovic
maria.randjelovic@lio.se

VÄSTERVIK
Maria Liliequist
maria.liliequist@ltkalmars.se

SÖDRA KALMAR LÄN
Maria Yngvesson
maria.yngvesson@ltkalmars.se

JÖNKÖPING
Josette Troon
josette.troon@lj.se

KRONOBERG
Roland Olofsson-Dolk
roland.olofsson-dolk@ltkronoberg.se
www.sfamkronoberg.se

BLEKINGE
Helen Magnusson
helen.magnusson@ltblekinge.se

SYDOSTSKÅNE*

MELLANSKÅNE
Caroline Schön
schon.caroline@gmail.com

NORDVÄSTRA SKÅNE
Eva Zembron Björk
eva.zembron-bjork@skane.se
www.sfamnvs.se

MALMÖ
Annika Brorsson
annika.brorsson@skane.se

SÖDERSLÄTT
Lars Kvist
lars.kvist@telia.com
Anna Sternby
anna.sternby@yahoo.se

HALLAND
Gösta Eliasson
gosta.eliasson@sfam.se

STOR-GÖTEBORG
Bernd Sengpiel
bernd.sengpiel@vgregion.se

FYRBODAL
Katarina Liliequist
katarina.liliequist@vgregion.se

NORRA ÄLVSBORG*

SÖDRA ÄLVSBORG
Andreas Thörneby
andreas.thorneby@vgregion.se

SKARABORG
Anneli Vinensjö
anneli.vinensjo@live.se

* vilande

AllmänMedicin • Tidskrift för SFAM, Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för allmänmedicin/SFAM

Postgiro: 65 59 74-4

Bankgiro: 5459-4866

Organisationsnummer: 802 009-5397

Prenumerationsavgift: Den ingår i medlemsavgiften till SFAM. Tidningen utkommer med 4 nummer per år.

Pris för icke-medlemmar: 500 kr/år.

ISSN 0281-3513 (Print)

ISSN 2001-8169 (Online)

Ansvarig utgivare

Ingvar Krakau

Centrum för Allmänmedicin, Stockholm
ingvar.krakau@ki.se

Redaktion

Ingrid Eckerman, chefredaktör
chefredaktor@sfam.se

Karin Lindhagen

karin.lindhagen@sfam.se

Erland Svenson

erland.svenson@gmail.com

Petra Widerkrantz

p@widerkrantz.se

Gösta Eliasson

gosta.eliasson@sfam.se

Illustratör

Katarina Liliequist

katli@telia.com

Layout

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

Annonser

Mediahuset i Göteborg AB

Marieholmsgatan 10

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

031-707 19 30

helen@mediahuset.se

Tryck

Åkessons Tryckeri AB, 2014

www.akessonstryck.se

Miljömärkt trycksak Lic.nr. 341 093



Åkessons Tryckeri, Emmaboda

Hemsida: www.sfam.se

Redaktör: Johanna Johansson

webmaster@sfam.se

Utgivningsplan för 2014

Nr	Manusstopp	Utgivning	Tema
2	30/3	2/6	Vid livets slut Geriatrisk, hjälpmedel
3	15/6	13/10	Etik, smärta, rörelseorganen
4	13/10	15/12	Allmänmedicinens historia Luftvägar, infektion

SFAMs 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

Kurs- och konferenskansli

Monica Brunnäs, monica.brunnas@sfam.se, Tel: 08-23 24 01

Kompetensvärdering i ST

mittist@sfam.se respektive examen@sfam.se

Publicering

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

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

Vill du följa debatten på Ordbyte?

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

Kalendarium

2014

Mars

Allmänmedicin enligt delmål 3
3-5.3 Strömbäcks folkhögskola,
Umeå
ulf@mawe.seNationella primärvårdsregistret
4.3 Svenska Läkaresällskapet,
Stockholm
www.sfam.se

April

Svensk förening för
glesbygdsmedicin, årsmöte
9-10.4 Järvsö
www.glesbygdsmedicin.info

Maj

Allmänmedicinsk kongress,
14-16.5 Västerås
kongress.sfam.se

Juli

Wonca Europe, 2-5.7 Lissabon
www.woncaeurope2014.org

2015

Juni

Nordisk allmänmedicinsk kongress
16-18.6 Göteborg
www.nordicgp2015.se

Oktober

Wonca Europe, 22-25.10 Istanbul
www.wonca2015.org

Internationellt

Övriga kongresser utanför Norden:
Se www.sfam.se.Res med nordiska kollegor till
internationella kongresser:
www.scandinaviandelegation.dk

Kursdoktorn

www.kursdoktorn.nuKursdoktors utbud av kurser
är granskat och godkänt enligt
SFAMs kriterier och anvisningar
för en god fortbildning av/med/
för allmänläkare. Granskning genom-
förs vår och höst.

Glöm inte sända in uppgifter i god tid! Se utgivningsplanen.

chefredaktor@sfam.se • webmaster@sfam.seAnnonser 13
SÄL